

《問診票》 ID \_\_\_\_\_

ふりがな

名前 \_\_\_\_\_ 性別 男・女 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

〒 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

固定電話 \_\_\_\_\_ 携帯電話 \_\_\_\_\_

わかる範囲でかまいませんのでご記入をお願いします。(該当するものに○をつけて、詳細は記入してください)

**問診票の記入者** 本人・代筆者 本人との関係 ( \_\_\_\_\_ )

**明細書(無料)の発行を希望しますか** 希望する・希望しない

**症状を教えてください**

[どこが] \_\_\_\_\_ (右の図に印をつけてください)

[どうしましたか] \_\_\_\_\_

[いつからですか] \_\_\_\_\_

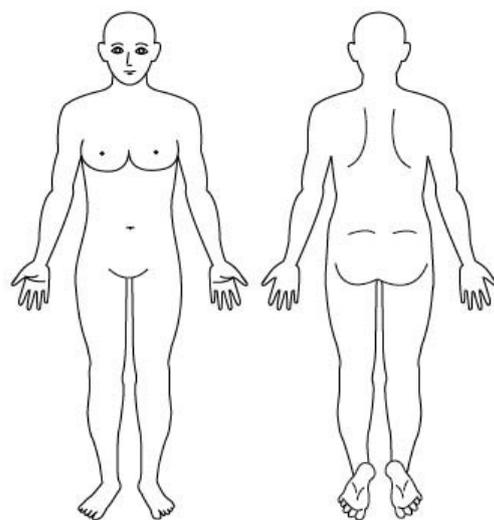
[きっかけになった出来事] \_\_\_\_\_

[どのようなときに] 常に症状がある・時々症状がある

例えばどのような時ですか \_\_\_\_\_

[すすみかたは] 急に・徐々に・その他 ( \_\_\_\_\_ )

[はじめに比べて] 良くなった・悪くなった・その他 ( \_\_\_\_\_ )



**過去に今回のような症状が出たことはありますか**

いいえ・はい いつごろ ( \_\_\_\_\_ ) 治療内容 ( \_\_\_\_\_ ) 病院名 ( \_\_\_\_\_ )

**今回のことで現在、どこかで治療を受けていますか**

いいえ・はい 治療内容 ( \_\_\_\_\_ ) 病院名 ( \_\_\_\_\_ )

**過去に大きな病気や手術をしたことがありますか。また、それは何歳ごろですか**

[ \_\_\_\_\_ ]

**他に何かの治療を受けていますか**

※お薬手帳をお持ちの方は診察室にてお見せください。

いいえ・はい 病名とお薬の名前 ( \_\_\_\_\_ )

**食べ物・薬剤等でアレルギーが出たことはありますか**

いいえ・はい 原因 ( \_\_\_\_\_ )

**女性の方へ 今現在、妊娠している可能性はありますか / また授乳中ですか**

いいえ・はい / 授乳中 ・ 授乳中でない

**ご来院のきっかけを教えてください**

医師の紹介 ( \_\_\_\_\_ ) 先生・家族の勧め・知人の勧め・広告を見て・ホームページを見て・その他 ( \_\_\_\_\_ )

**その他、ご質問、ご要望がございましたらご記入ください**