

# 問診票

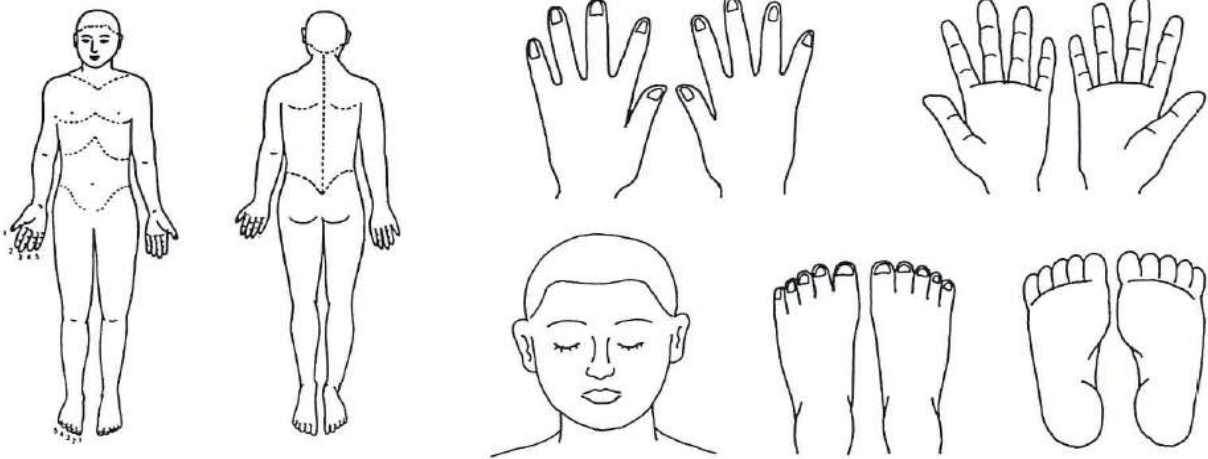
ふりがな		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	大・昭 平・令      年   月   日(   歳)
住所	〒	電話番号	

1 いつからどんな症状がありますか？

いつから：(      )日   (      )週   (      )か月   (      )年   前から

症状：かゆい   痛い   その他(      )

部位：下図に丸をつけてください



2 現在他の病気で治療されていますか？

はい：病名(      )      病院名(      )

3 今までに下記の病気・手術を受けた事がありますか？

前立腺肥大 ・ 心臓病 ・ 喘息 ・ アレルギー性鼻炎 ・ アレルギー性結膜炎

糖尿病 ・ 胃潰瘍 ・ 高血圧 ・ 肝疾患 ・ 腎疾患 ・ 輸血 ・ 結核

手術(手術名      )      その他(      )

4 薬や食べ物などのアレルギーがありますか？

はい：薬・食べ物の名前( )

いいえ

5 女性の方に、現在妊娠中ですか、又はその可能性がありますか？

はい：現在妊娠している( ) か月)

可能性あり ・ 可能性なし

6 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

知人の紹介 ・ 近所だから ・ 広告看板 ・ インターネット ・ その他( )

7 その他気づいた事があればご記入ください。

8 DM希望 (ありがとうはがき) はい・いいえ

