

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] _____

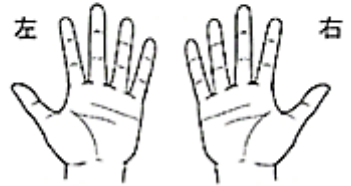
[きっかけになった出来事] _____

[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