

問診票

ふりがな

お名前 _____ 男 ・ 女

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

ご住所 _____

電話番号 _____ 携帯番号 _____

当院をどのようにお知りになりましたか？ あてはまるもの全てに○印をつけて下さい。

・ホームページ ・Google マップ ・駅構内の看板 ・葛西カタログ

・Google Yahoo!などインターネット検索 ・普段からクリニックの前を通して知っていた

・葛西在住 ・職場が葛西 ・その他

・ご家族 ・ご友人の紹介 (ご紹介者様 _____)

・その他 (_____)

- 本日は、どうされましたか？ < 部位と具体的な自覚症状をご記入下さい >

- いつからですか？

どちらかに○印をして下さい。

- 現在、治療中の病気、処方されている薬はありますか？

・特になし ・あり → 医療機関名 _____

高血圧の薬・心臓病の薬・糖尿病の薬・胃腸薬・ビタミン剤・漢方薬・風邪薬

その他 _____

● 内服薬 種類 お薬の名前 _____

● 外用薬 種類 お薬の名前 _____

- これまでにかった病気や、手術の経験はありますか？

- 使用中の市販薬やサプリメント、塗り薬等がありますか？

なし ・あり .. 内服薬 お薬の名前 _____

外用薬 お薬の名前 _____

どちらかに○印をして下さい。

- 食べ物、環境や体質・お薬によるアレルギーはありますか？

いいえ

はい・・・食べ物・・・さば・いわし・かに・貝・卵・牛乳・そば

その他・・・

環境・・・花粉・カビ・ペット・ハウスダスト

その他・・・

体質・・・喘息・アトピー性皮膚炎・胃腸が弱い

その他・・・

お薬のアレルギー ...お薬の名前(_____)

種類・・・抗生物質・ペニシリン・かぜ薬・痛み止め その他(_____)

症状・・・発疹・かゆみ・むくみ・吐き気・めまい・脱力感・下痢・便秘・発熱・動悸

その他(_____)

嗜好品について○印をして下さい。

- 煙草を吸いますか？ いいえ ・はい 紙タバコ・電子タバコ 1日 _____ 本

- お酒を飲みますか？ いいえ ・はい _____ 週 _____ 回 ・その他 (_____)

- 辛いものを好まれますか？ はい ・ いいえ

- 便秘 いいえ ・ はい 便通 週 (_____)回

- 【女性のみ】現在妊娠、または授乳をしていますか？

いいえ ・ はい・・・妊娠 _____ か月 ・ 授乳中

- お薬手帳は、お持ちですか？ はい ・ アプリ ・ いいえ

はいの方 ・ アプリの方 → シール 必要 ・ 不要

いいえの方 → お薬手帳をお作りしますか？ はい ・ いいえ

領収証のほかに、医療費明細書は必要ですか？ はい ・ いいえ