

問診表

1: 基本情報

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 _____

2. 当院をどのようにお知りになりましたか？

- ☐ 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
(○で囲ってください: 葛西在住 ・ 在勤 ・ その他)
☐ ご家族・ご友人の紹介 (ご紹介者様: _____)
☐ その他 (_____)

3. 本日はどうされましたか？ (部位もご記入ください)

▶いつからですか？

4. 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 ・ 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 (_____)

5. 嗜好品について

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

お酒をのみますか？: いいえ ・ はい 週 _____ 回・その他 (_____)

辛いものを好まれますか？: いいえ ・ はい

便秘: いいえ ・ はい 便通 週 (_____) 回

6. これまでにかかった病気、現在治療中の病気はありますか？

☐ 特になし

☐ あり → 高血圧・心臓疾患・糖尿病
その他: (_____)
医療機関名: _____

手術なし ・ 手術あり (内容・時期: _____)

処方されている薬 (漢方役も含む)

内服薬 (飲み薬): (_____)

外用薬 (塗り薬等): (_____)

7. 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 (_____)

8. お薬によるアレルギーを起こしたことはありますか？

いいえ・はい (薬の名前: _____)

症状: 発疹・かゆみ・むくみ・吐き気・めまい・脱力感・下痢

その他 (_____)

9. 【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 _____)

10. その他

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: お薬手帳を作りますか？ はい ・ いいえ

領収書の他に医療明細書も必要ですか？ はい ・ いいえ