

問診票

フリガナ

お名前 _____ 男 ・ 女 職業 (_____)

生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (_____ 歳)

住所 〒 _____

電話番号 _____

本日はどのような症状で来院されましたか？

- ・ かゆみ・痛み・腫れている・その他 (_____)
- ・ 部位はどこですか？ (_____)
- ・ いつ頃からですか？ (_____ 日前・ _____ 週間前・ _____ カ月前・ _____ 年前)
- ・ 他の病院を受診されましたか？ (いいえ・はい→病院名 _____)
- ・ 他の病院で治療されましたか？ (いいえ・はい→お薬名/治療内容 _____)

現在治療中の病気はありますか？

- ない・ある→高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 喘息 ・ 腎疾患 ・ 肝疾患 ・ 高脂血症
- 膠原病 ・ 前立腺肥大 ・ 緑内障
- その他 (_____)

現在飲んでいるお薬はありますか？

- ない・ある→お薬名 (_____)

アレルギーはありますか？

- ない・ある→お薬名・食べ物など (_____)

治療のご希望についてお知らせください。

- ・ 保険診療の範囲での治療を希望 _____
- ・ 自費診療（保険外診療）も希望 _____

女性の方のみお答えください。

- ・ 現在妊娠中ですか？ (いいえ・はい→出産予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 / 可能性がある)
- ・ 現在授乳中ですか？ (いいえ・はい)

当クリニックをどちらでお知りになりましたか？

- ・ 通りがかり ・ ホームページ ・ チラシ ・ 家族・友人からのご紹介 (_____ 様)
- ・ 病院からのご紹介 (_____) ・ その他 (_____)

ご協力ありがとうございました。ご記入いただいた内容は診療の範囲内のみの使用とさせていただきます。