

問 診 票

フリガナ		生年月日		性別	男・女
患者名		T・S・H	年 月 日		
住所	〒	電話番号	()		

今日はどうされましたか。(簡単にお書き下さい)

下記項目について今後の重要な診療の参考となりますので、詳細に御記入下さい。

(質問事項)	(回答事項) (該当番号を○で囲んで下さい)											
1 現在までに次の病気にかかったことがありますか。 1. 喘息 2. じんましんなどのアレルギー疾患 3. 心臓病 4. 高血圧 5. 腎臓病 6. 肝臓病 7. 糖尿病 8. 異常体質	1 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">はい</td> <td style="width: 10%;">いいえ</td> <td style="width: 10%;">わかりません</td> </tr> </table> ・病名がわかったら○印をつけて下さい。 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> </tr> </table>	はい	いいえ	わかりません	1	2	3	4	5	6	7	8
はい	いいえ	わかりません										
1	2	3	4	5	6	7	8					
2 上記以外に重大な病気にかかったり、あるいは手術を受けたことがありますか。	2 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">はい</td> <td style="width: 10%;">いいえ</td> <td style="width: 10%;">わかりません</td> </tr> </table> ・病名がわかったら記載して下さい。 病名 ()	はい	いいえ	わかりません								
はい	いいえ	わかりません										
3 現在までに注射、飲薬、ぬり薬、点眼薬、その他薬で何か異常(局所や全身が赤く腫れたり、発疹ができたり、気分が悪くなったり、ショックになったりすることなど)が起こったことがありますか。	3 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">はい</td> <td style="width: 10%;">いいえ</td> <td style="width: 10%;">わかりません</td> </tr> </table> ・その薬の名前(アスピリン、ビリン系剤、ルファ剤、ペニシリンなど)がわかったら記載して下さい。 薬名 ()	はい	いいえ	わかりません								
はい	いいえ	わかりません										
4 現在までに塗料、化粧品、白髪等毛染、洗剤などを使って皮膚病にかかったことがありますか。	4 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">はい</td> <td style="width: 10%;">いいえ</td> <td style="width: 10%;">わかりません</td> </tr> </table>	はい	いいえ	わかりません								
はい	いいえ	わかりません										
5 現在までにたこ、かに、さば、たまご、牛乳、その他のものを食べて、じんましんや腹痛、下痢を起こしたことがありますか。	5 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">はい</td> <td style="width: 10%;">いいえ</td> <td style="width: 10%;">わかりません</td> </tr> </table> ・はいの方はその食品の名前を記載して下さい。 食品名 ()	はい	いいえ	わかりません								
はい	いいえ	わかりません										
6 けいれんを起こしやすい体質ですか。	6 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">はい</td> <td style="width: 10%;">いいえ</td> <td style="width: 10%;">わかりません</td> </tr> </table>	はい	いいえ	わかりません								
はい	いいえ	わかりません										
7 妊娠している方、または最近流産をしたことがありますか。	7 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">妊娠している</td> <td style="width: 10%;">いいえ</td> <td style="width: 10%;">わかりません</td> </tr> <tr> <td style="width: 10%;">流産をした</td> <td style="width: 10%;">いいえ</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>	妊娠している	いいえ	わかりません	流産をした	いいえ						
妊娠している	いいえ	わかりません										
流産をした	いいえ											
8 1ヶ月以内に予防注射を受けたことがありますか。	8 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">はい</td> <td style="width: 10%;">いいえ</td> <td style="width: 10%;">わかりません</td> </tr> </table>	はい	いいえ	わかりません								
はい	いいえ	わかりません										
9 家族でアレルギー体質やアレルギー性疾患があるとされた人がいますか。	9 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">はい</td> <td style="width: 10%;">いいえ</td> <td style="width: 10%;">わかりません</td> </tr> </table>	はい	いいえ	わかりません								
はい	いいえ	わかりません										
10 家族で重大な病気や慢性の病気にかかった人がいますか。	10 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">はい</td> <td style="width: 10%;">いいえ</td> <td style="width: 10%;">わかりません</td> </tr> </table> ・病名がわかったら記載して下さい。 病名 ()	はい	いいえ	わかりません								
はい	いいえ	わかりません										

※個人情報保護法に基づき、診察以外に使用する事はございません。

アンケート

当院をどこでお知りになりましたか？(該当番号に○をつけて下さい)

1. 広告 2. 看板 3. インターネット 4. 他院の紹介 5. 家族・知人の紹介
 6. 自宅の近所 7. その他 ()