

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 

はい	いいえ	わかりません
----	-----	--------

  
 ・病名がわかったら○印をつけて下さい。  

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 

はい	いいえ	わかりません
----	-----	--------

  
 ・病名がわかったら記載して下さい。  
 病名 ( )

- 3 現在治療中の病気はありますか？

3 

はい	いいえ
----	-----

  
 ・はいの方は現在服用している薬はありますか。  
 薬名 ( )

- 4 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。

4 

はい	いいえ	わかりません
----	-----	--------

  
 ・その薬の名前(アスピリン、ピリソ系剤、サリチル酸、ペニシリンなど)がわかったら記載して下さい。  
 薬名 ( )

- 5 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。

5 

はい	いいえ	わかりません
----	-----	--------

裏面もご記入ください

(質問事項)

- 6 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。
- 7 けいれんを起こしやすい体質ですか。
- 8 妊娠している、又は妊娠の可能性はありますか。現在授乳中ですか。
- 9 1ヶ月以内に予防注射を受けたことがありますか。
- 10 家族でアレルギー体質やアレルギー性疾患があるといわれた人がいますか。
- 11 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。

(回答事項)

(該当番号を○で囲んで下さい)

- 6 

はい	いいえ	わかりません
----	-----	--------

  
・はいの方はその食品の名前を記載して下さい。  
食品名 ( )
- 7 

はい	いいえ	わかりません
----	-----	--------
- 8 

妊娠している	妊娠の可能性がある	
流産をした	いいえ	わかりません

  
・現在授乳中ですか。  

はい	いいえ
----	-----
- 9 

はい	いいえ	わかりません
----	-----	--------
- 10 

はい	いいえ	わかりません
----	-----	--------
- 11 

はい	いいえ	わかりません
----	-----	--------

  
・病名がわかったら記載して下さい。  
病名 ( )

※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 ( )