

問診表

ふりがな お名前	生年月日 明 大 昭 平 令 年 月 日 ( )歳	ご住所〒 TEL ( )	— —
-------------	------------------------------------	-----------------	--------

太枠内は必ずご記入下さい

- ①どうなさいましたか 具体的にお書き下さい  
いつ頃から  
どのような症状？
- ②喘息・アトピー性皮膚炎などのアレルギーはありますか？  
いいえ はい⇒病名( )
- ③薬でじんましんが出るなど具合が悪くなったことがありますか？  
いいえ はい⇒症状( )
- ④今までにかかった大きな病気 現在治療中の病気をおしえてください  
甲状腺の病気 緑内障 不整脈
- ⑤現在飲んでいる薬はありますか？  
いいえ はい⇒お薬の名前( )
- ⑥女性の方に伺います 現在妊娠もしくは授乳されていますか？  
妊娠 いいえ はい 可能性がある  
授乳 いいえ はい
- ⑦あなたの状態をおしえてください  
タバコ ( 本/日 )  
お酒 (毎日飲む 週に2・3回 飲まない )
- ⑧特に希望されること またこれまでの治療での疑問点 不満点があればおしえて下さい
- ⑨当院をお知りになったきっかけは？(複数回答可)  
ご紹介  
インターネット・ホームページ  
本を見て  
その他( )  
ご協力ありがとうございました