

問診表

平成 年 月 日

ふりがな			
氏名			
男 女			
生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日	(才)
自宅住所	〒		TEL ()
Eメールアドレス	@		
メール配信にて予防接種等のクリニック情報	必要 ・ 不必要		
身長	cm	体重	kg
※本日はどうされましたか？あてはまるところに○をして下さい。 *耳（右・左・両方）が・・・痛い・かゆい・聞こえない・耳鳴り・耳垢・耳だれ *鼻（右・左・両方）が・・・つまる・鼻水が出る・くしゃみ・出血する *のどが・・・・・・・・・・痛い・違和感がある・せき・たんが出る・声枯れ *熱がある（ 度） *花粉症 眼のかゆみ *めまいがする *その他（ ）			
※いつからですか？ () から コンタクト（有・無し）			
※以下の質問にお答え下さい ☆お薬手帳や薬の名前が明記されているものが 他院で薬を飲まれていますか？ ありましたら受付にお見せ下さい いいえ・はい 薬の名前 () 薬・注射・牛乳・卵・その他食物のアレルギーはございますか？ なし ・ あり ()アレルギー 妊娠・授乳していますか？ (している ヶ月・していない) お酒を飲みますか いいえ・はい(1週間で 日程度、飲歴 年) 喫煙をしますか いいえ・はい(1日で 本、喫煙歴 年) 今までに花粉症やアレルギー性鼻炎を診断されたことはありますか？ いいえ・はい			
・縫合・小切開・胃内視鏡検査・歯科治療などで使用する局所麻酔薬で体調が悪くなったこと(吐気・めまい・ふらつき・失神など)はありますか： いいえ・はい(詳細内容) ・採血・鼻処置・鼻血処置・歯科治療など痛みの伴う治療・検査で体調が悪くなったこと(吐気・めまい・ふらつき・失神など)はありますか： いいえ・はい(詳細内容)			
※ 以下の病気にかかった事のある方は、○を付けて下さい。 1. 肺の病気 (結核・喘息・慢性気管支炎など) 2. 甲状腺の病気 3. 糖尿病・高血圧・高脂血症 4. 心臓の病気 (狭心症・不整脈・心不全・心筋梗塞など) 5. 胃、十二指腸の病気 (胃炎・胃潰瘍・十二指腸潰瘍など) 6. 肝臓の病気 (肝炎・肝硬変・脂肪肝など)・すい臓の病気 7. 脳血管の病気 (脳動脈硬化症・脳梗塞・脳内出血など)。 8. 悪性腫瘍 (リンパ腫・癌など) 9. 皮膚病 (慢性痒疹・帯状疱疹など) 10. 感染症 (B型肝炎・C型肝炎・梅毒・HTLV1・その他) 11.心身症・不安症・うつなどの精神的疾患 12.緑内障など眼科疾患 13.前立腺肥大症など その他 ()			
※当院はどうやってお知りになりましたか？ 1. インターネット (ひまわり・その他) 4. 家族が通っている 2. 当院ホームページ 5. 知人の紹介 (紹介者:) 3. 看板広告をみて 6. 他院からの紹介 (病院名:) ・ 駅看板 7. 家(職場) から近い ・ 電柱・バス音声 8. その他 () ・ クリニック看板			