

# 診察申し込み

ふりがな  
お名前 (姓) \_\_\_\_\_ (名) \_\_\_\_\_

生年月日 T・S・H 年 月 日 生まれ 男・女

〒 \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

御住所

## 問診票

本日はどうなさいましたか？

今までに罹ったご病気や怪我があれば、お書きください。  
(しばらく通院したり入院を必要とした、あるいは現在治療中の病気や怪我をお教えてください。)

- なし
- 糖尿病    喘息    肝炎    痛風    高脂血症    高血圧    肺炎
- 結核    心筋梗塞や狭心症、不整脈などの心臓の病気    脳出血や脳梗塞    緑内障

その他の病気があれば、お教えてください。

今までに手術を受けられたことがあればお教えてください。

- なし
- 胃や腸などお腹の手術    肺や気管・心臓など胸の手術    頭の手術    骨折などの整形外科の手術
- その他の手術

これまでに、お薬や注射、食品などでじんましんなどのアレルギー症状が生じたことはありませんか？

- なし
- ある   もし具体的なお薬の名前がわかれば、お教えてください。

女性の方はご記入ください。 ※こちらはレントゲンを撮ったり、お薬を処方する際に重要です。

妊娠の可能性    無    有   現在妊娠 ( ) 週・ヶ月である。

直近の生理の始まった日   月   日

現在、授乳中である

この問診票をご記入頂いた方のお名前と患者の方との続柄 (ご本人の場合には記入は不要です)

お名前 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

その他、何かございましたらご記入ください。