

問診表

NO. _____

フリガナ _____

お名前 _____ (男 ・ 女) 生年月日 T・S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日

〒 _____

ご住所 _____

自宅電話番号 _____

携帯電話番号 _____

緊急連絡先番号 _____ (続柄) _____

勤務先 (会社名) _____

13歳未満の方はご回答下さい

体重 _____ kg

熱性痙攣を起こしたことが (ある・ない) _____ 才

☆もしよろしければご協力ください。 [当院をお知りになったきっかけは? (複数回答可)]

①知人の紹介、口コミ ②ホームページをPCで見て ③ホームページを携帯で見て ④TV雑誌などマスコミ媒体 ⑤窓看板だけを見て

⑥その他 _____

[会社・ご自宅から当院までの所要時間は?] 徒歩・電車 _____ 分

[ご友人や知人の方と病气・医院などについて情報交換されますか?] ①5人以上としている ②1~4人としている ③していない

☆ご協力ありがとうございました。

● 本日の症状 (当てはまるものに○をしてください)

耳 (両側・右・左) / 鼻 / のど / いびき / 口臭 / 禁煙 / その他 _____

※異物の飲み込みやのどの痛みにより呼吸が困難な方は受付にお申し出下さい。

※いびき、禁煙外来、口臭でご受診の方は別紙の「チェックリスト」もご記入下さい。受付に用意がございますのでお声おかけください。

※シダトレンによる舌下免疫療法でご受診の方は別紙の記入が必要になります。受付に用意がございますのでお声おかけください。

● 上記症状について いつから (_____)
きっかけは (_____)
どのような症状 (_____)

● 薬に対する副作用・アレルギーはありますか (はい ・ いいえ)
副作用・アレルギーがある薬の名称 (_____)
どのような症状が起きますか (_____)

● 現在、内服中の薬はありますか (はい ・ いいえ)
薬の名称 (_____)
処方されている病院名・担当科・医師名 (_____ / _____ 科 / _____ 先生)

● 今まで、採血・注射・麻酔でショックを起こしたことがありますか (はい ・ いいえ)
どのような症状が起きましたか(採血/注射/麻酔 で _____)

● 以下の病気ににかかったことがありますか?またはかかっていますか?
喘息・小児喘息 / 緑内障 / 糖尿病 / 高血圧 / 肝炎 / その他 (_____)

● 妊娠中・授乳中の方 → 妊娠 _____ 週・授乳中

● 治療についてのご希望、ご質問 【 手術 ・ レーザー ・ 何でも 】
(_____)

● タバコを吸いますか 吸わない ・ 吸っている (_____ 本/日)