

問診票

平成 年 月 日

フリガナ			男・女	明・大・昭・平 年 月 日生		
お名前				職業		才
住所	〒			電話	自宅 ()	携帯 ()
身長	cm	体重	kg			

(1) ①どのような症状でお困りですか？ また、体のどの部分ですか？ (図に○をつけてください)

かゆい かさかさしている はれている 痛い
その他 _____

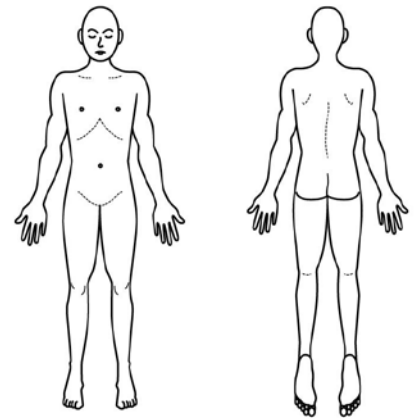
②いつからですか？

_____日 _____週間 _____ヵ月 _____年前から

③この事で他院で治療を受けましたか？

いいえ

はい (飲み薬: _____ 塗り薬: _____)



(2) 今までにどんな病気をしましたか？

ない ある → 心臓病 肝臓病 腎臓疾患 肺疾患
 脳疾患 糖尿病 高血圧 前立腺疾患
 緑内障 喘息 アレルギー性鼻炎 花粉症
 アレルギー性結膜炎 アトピー性皮膚炎 じんましん
 その他 _____

(3) 現在飲んでいる薬・サプリメントはありますか？

ない ある (薬剤名 _____)

(4) ご両親・ご兄弟でアレルギー体質をお持ちの方はいらっしゃいますか？

ない ある → 喘息 アレルギー性鼻炎 花粉症 アレルギー性結膜炎
 アトピー性皮膚炎 じんましん その他 _____

(5) ①薬や食べ物で発疹やアレルギー症状がでたことがありますか？

ない ある (薬剤または食べ物名 _____)

②貼り薬や塗り薬で、かぶれたことはありますか？

ない ある (薬剤名 _____)

(6) 女性の方へ

現在妊娠中または妊娠の可能性はありますか？ ない ある (現在 _____ 週)

現在授乳中ですか？ いいえ はい

(7) 当院を選ばれた理由は？ (いくつでも)

交通の便がよい 自宅が近い 勤務先・学校が近い 家族・知人のすすめ 他院からの紹介
 設備がよい 対応がよい 評判がよい インターネットで検索して (病院名 EPARK 病院)
 広告をみて (ホームページ 電柱広告 駅看板 チラシ 頼れるドクター ぽど ご近所ドクター)
 その他 _____

(8) 治療・検査等に関してご希望がありましたら、ご自由にお書きください