

診察申込書

年 月 日

ふりがな	職業
氏名	
生年月日	年齢
T.S.H	年 月 日 才 男 女
現住所 〒	
電話 FAX	携帯電話

当クリニックをどこでお知りになりましたか？

例) 雑誌名 紹介者氏名など

問診票

1. あなたの問題の病気は何ですか。

2. その病気は いつ どこで告知されましたか？

病医院名:

告知時期: 年 月

3. その病気に対してこれまでに受けてきた治療法に丸印をつけ、受けた時期もできるだけ詳しくお書きください。

() 手術療法: 年 月

() 化学療法 年 月- 年 月

() 放射線療法 年 月- 年 月

() その他 (具体的に)

4. 現在その病気で定期的にかかっている病医院の名称、受診頻度と主な診察内容をお書きください。

病医院名
受診頻度
主な診療内容

5. 今、どこが どのように具合が悪いですか。できるだけ詳しくお書きください。

6. 今までに次の病気にかかったことがありますか。

はい 病名に○印をつけてください。 ぜんそく 結核 高血圧 心臓病 肝臓病 腎臓病
糖尿病 花粉症などのアレルギー

いいえ

7. 問題の病気以外に大きな病気にかかったり、手術を受けたことはありますか？

はい いいえ 病名()

8. 薬(注射、飲み薬、ぬり薬など)で発疹がでたり、気分が悪くなったり、ショック症状が出たことがありますか？ はい いいえ

その薬に○印をつけてください。 かぜ薬 ペニシリン その他

9. 皮膚が特にかぶれやすいですか？ はい いいえ

10. 現在、妊娠中ですか？ はい いいえ

11. 家族で大きな病気やアレルギーにかかった人はいますか。

高血圧 糖尿病 癌 その他

あなたとの関係をお書きください。(続柄)

12. 主治医から今後も継続的にケアを受けられる確認をとっていますか？ はい いいえ

13. 現在服用されているサプリメントがあればご記入ください。

※複数服用している場合は全てご記入ください