

問 診 票

年 月 日受付

フリガナ		男・女	昭・平・令 年 月 日	
氏名			身長	cm 体重 kg
住所	〒	電話		
		職種		営業、事務、接客等

※職業は具体的にお書きください。

- いつから? []
- どのような症状ですか?
[]
- 何か他に病気はありますか? ない / ある
糖尿病・高血圧・心臓病・不整脈・脳梗塞・逆流性食道炎・喘息・じんましん
アトピー性皮膚炎・食物アレルギー・結核・H I V・C型肝炎・B型肝炎
癌（部位： ）
その他 []
- 自覚的に花粉症はありますか? ない / ある
- アレルギー検査をしたことはありますか? ない / ある
 - いつ頃に検査したか []
 - 陽性だった項目
スギ・ヒノキ・ブタクサ・ヨモギ・カモガヤ・アキノキリンソウ・ハンノキ・
ハウスダスト・ダニ・ガ・ゴキブリ・イヌ・ネコ
その他 []
- 手術歴はありますか? ない / ある
[]
- 内服しているお薬はありますか?
ない / ある（お薬手帳持参の方は受付に出してください）
[]
- 今までに薬や注射で、体に合わなかったものはありますか? ない / ある
またその時どのような症状がありましたか?
[]
- 女性の方にお伺いします。 妊娠中（ 週/予定日： ）・授乳中
- タバコは吸いますか? いいえ / はい （1日 本 年間）