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・結核・ＨＩＶ・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　→　コンタクトしない/する
- 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・食物アレルギー
    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）
- お子様の内服薬のご希望はありますか？　１日（　）回／錠・粉・シロップ