

# 【問診票】

I D. \_\_\_\_\_

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	明大昭平 年 月 日 ( 歳)
住所	〒 -	電話番号	自宅 - -
			携帯 - -

「診察前検査希望の方はチェックしてください」

- インフルエンザ   溶連菌   アデノ   マイコプラズマ   肺炎球菌  
RS (自費 3000 円)   ノロウイルス (自費 3000 円)

①本日の該当の症状に☑をご記入ください。

- 喉が痛い   咳   痰   鼻汁   発熱 (体温: \_\_\_\_\_ °C)   悪寒   頭痛  
胃痛   腹痛   吐気   嘔吐   下痢   胸が痛い   動悸   むくみ  
めまい   しびれ   倦怠感   関節痛   湿疹  
その他 \_\_\_\_\_  
メディカルダイエット相談   ビタミン注射等相談   まつ毛育毛相談  
AGA相談   ED相談  
体重 \_\_\_\_\_ kg (小児やメディカルダイエット希望は記入お願いします。)  
妊娠中 (妊娠 \_\_\_\_\_ カ月、出産予定日 \_\_\_\_\_ )  
授乳中

②上記の症状はいつ頃からですか？

③今までにかかったことのある病気がありましたら、その時の年齢を ( ) にご記入ください。

- なし  
結核 ( )   喘息 ( )   糖尿病 ( )   高脂血症 ( )  
痛風 ( )   高血圧 ( )   狭心症 ( )   心筋梗塞 ( )  
不整脈 ( )   貧血 ( )   胃・十二指腸潰瘍 ( )  
肝炎 ( )   肝臓病 ( )   リウマチ ( )   甲状腺疾患 ( )  
花粉症・アトピー ( )   癌・悪性腫瘍 ( )  
その他 \_\_\_\_\_ ( )

手術を受けたことがありますか？ ない ある 病名: \_\_\_\_\_ ( )

輸血を受けたことがありますか？ ない ある 病名: \_\_\_\_\_ ( )

④現在、治療中の病気や内服中のお薬がありましたらご記入ください。

- なし   あり 病名: \_\_\_\_\_ 薬剤: \_\_\_\_\_  
 病名: \_\_\_\_\_ 薬剤: \_\_\_\_\_  
 病名: \_\_\_\_\_ 薬剤: \_\_\_\_\_

⑤アレルギーについてお答えください。

- 薬で発疹がでたことは…………… なし   あり (薬品名: \_\_\_\_\_)  
 薬で体調が悪くなったことは…………… なし   あり (薬品名: \_\_\_\_\_)  
 食べ物によるアレルギー症状は…………… なし   あり (食品名: \_\_\_\_\_)