

【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: _____)