

問診票

スタッフ記入欄

受診月日	
ID	

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男	大正・昭和・平成・令和
		女	年 月 日 (才)

住所
〒 _____

☎
お持ちの方は必須→ 携帯

今一番困るところはどこですか	それはいつから、どのような症状ですか
<ul style="list-style-type: none">・両耳・右耳・鼻・めまい・風邪症状	<ul style="list-style-type: none">・いつから今日から () 日前から () ヶ月前から () 年前から・どのような症状
上咽頭擦過療法を希望	
漢方治療を希望	
採血によるアレルギー検査を希望	
体重 _____ kg	
[14歳以下のお子様は必ずご記入下さい。]	

■今までにかかった病気はありますか	■カフェイン飲料
<ul style="list-style-type: none">・特になし・心臓病・腎臓病・高血圧・前立腺肥大・その他	<ul style="list-style-type: none">・ペースメーカー・肝臓病・糖尿病・緑内障
<ul style="list-style-type: none">・体内にボルトなど金属が入っている・現在妊娠中である(週)・現在授乳中である	コーヒー 杯/日 紅茶 杯/日 緑茶 杯/日

■薬や食べ物のアレルギーはありますか (例: ペニシリンで皮膚が赤くなる) いいえ・はい	■たばこは吸いますか (例: 1日15本×20年)	■お酒はのみますか (例: ビール500ml×2本/日)
--	------------------------------	---------------------------------

■現在飲んでいる薬はありますか。(お薬手帳をお持ちでしたらこちらでコピーします。)

・他院で処方された短期の薬(病院名: _____) 日から _____ 日までの _____ 日分	・他院で処方された長期の薬(病院名: _____)
---	----------------------------

その他、追加したいことがございましたらご記入下さい。