

問診表

フリガナ() お名前() 生年月日 昭和・平成 年月 日生()歳男性・女性

初めての方へ(2回目以降の方で、変更がない場合は、ご住所・お電話番号のご記入の必要はありません。)
ご住所(〒) お電話番号()

1. 本日はどのようなことで受診されますか？ 該当する箇所に、チェックをつけてください。

他の病院で治らなかったので診てもらいたい 他の病院でもらっていた薬を継続してもらいたい

□ 内科

発熱(最高) せき 鼻水 のどが痛い 頭痛 息苦しい 関節痛 だるい 吐き気 胃の調子が悪い 胃が痛い おなかの調子が悪い おなかが痛い 下痢 便秘 肩こり 腰痛
生活習慣病[高血圧 高脂血症(コレステロール・中性脂肪) 糖尿病 痛風] 喘息 貧血 湿布の貼り薬 不眠 漢方薬希望
インフルエンザ予防接種 インフルエンザ検査 その他()

□ 皮膚科

部位[頭 顔 首 胸部 腹部 背中 腕 手 おしり 陰部 足 足のうら 爪 その他()]
かゆみ 痛み しこり ぶつぶつ 赤み 水ぶくれ
にきび にきび跡 アトピー 湿疹 じんましん しみ 肌荒れ ケミカルピーリング(ホームピーリング) ビタミンCローション
しみの塗り薬(ハイドロキノン・トレチノイン) ビタミン剤の飲み薬(ビタミンB・ビタミンC処方) 漢方薬希望 その他()

□ アレルギー科

鼻水 鼻づまり くしゃみ 目のかゆみ 眠くなりにくい花粉症薬希望 アレルギー検査 その他()
泌尿器科
排尿時の痛み 尿の回数が多い 排尿時違和感 尿がでにくい 血尿 残尿感 膿がでる 下腹部が痛い 尿がもれる 性感染症検査[クラミジア・淋菌・その他](症状があれば保険が適応されます。)
ED 外来[パイアグラ レビトラ シアリス] AGA 外来[プロペシア] その他()
その他のご相談()

2. いつからどのような症状がありましたか。ご相談したいことがあれば、ご自由にお書きください。(例: 3日前から、熱があつて咳がとまらない。1日前から、体全体にかゆみがでてきた。)

(いつから)
(症状)

[初めての方へ(2回目以降の方で、変更がない場合は、以下のご記入の必要はありません。)]

3. 現在、治療中の病気はありますか？ いいえ はい

はい(病名・治療の内容)

4. 現在、服用中の薬(市販薬を含む)はありますか？ いいえ はい

はい(薬品名)

5. 今までに大きな病気になったことや、手術をうけられたことはありますか？ いいえ はい

はい(病名)

6. 薬や注射で、かゆみなどのアレルギー反応がでたことがありますか？ いいえ はい

はい(薬品名)

7. かぜ薬で眠くなりやすいですか？ いいえ はい

8. 女性の方へ 現在妊娠中または授乳中ですか？ いいえ はい

9. 初めての方へ 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

パソコンでホームページを見て 携帯でホームページを見て 看板をみて(通りがかり) 人に聞いて
ご紹介(紹介者) その他()

ご協力いただきまして、ありがとうございます。受付へ問診表をお渡しいただき、待合室でお待ちください。

ご質問などございましたら、お気軽にご相談ください。