

**問診表**      平成      年      月      日      曜日      \*選択項目は○をしてください

ふりがな

\*①～⑥、⑭は必須回答、その他は該当者のみお願いします

**氏名**      **男 女 ( 才 )** 生年月日 (      年      月      日 )

**住所** (連絡先)      ☎ (      )

**発熱あれば** (      ℃ ) **体重** (      kg ) (喫煙 有 :      本/日 無) **飲酒** (      /日 )

①最もお困りの症状か、希望事項をひとつお書きください (      )

②いつから、何がどのようにありますか？



③今回の症状で市販薬または他の病院で治療を受けましたか？      □ はい      □ いいえ

はいの人・いつ頃 :      市販薬名 :

病院名 :      診断、治療 :

④薬を使用後、気分不良、湿疹など副作用がありましたか？      □ はい      □ いいえ

はいの人・薬物名 :      薬使用から発生までの時間 (      )

⑤現在飲んでいる薬または市販薬、サプリがありますか？      □ はい      □ いいえ

はいの人・薬手帳提出または薬品名およびサプリ名 :

⑥以下の病気がありますか？      ◇花粉症      ◇アレルギー鼻炎      ◇喘息      ◇アトピー

◇蕁麻疹      ◇乳児湿疹      ◇高血圧      ◇糖尿病      ◇高脂血症      ◇高尿酸血症      ◇胃潰瘍

◇心臓病      ◇肝臓病      ◇腎臓病      ◇緑内障      ◇前立腺肥大      ◇けいれん      ◇不眠

◇便秘      ◇その他 (      ) 病院名 :

⑦ご家族のアレルギーは？父 :      母 :      きょうだい :

⑧ペット : ◇犬      ◇猫      ◇その他 (      )      ◇室内      ◇室外

⑨食品で、口腔かゆみ、気分不良、湿疹などがありましたか？      □ はい      □ いいえ

はいの人・食品名 :      症状 :      摂取後から発生までの時間 (      )

⑩ご家族、職場の喫煙？◇いいえ      ◇はい :      職場      家族 (誰? :      本/日)

⑪女性 妊娠中ですか？      □いいえ      □はい : 妊娠      ヶ月

妊娠の可能性ありますか？      □いいえ      □はい : 最終月経初日      月      日

授乳中ですか？      □いいえ      □はい : 月齢      ヶ月 ◇母乳      ◇ミルク      ◇混合

⑫乳幼児      ◇託児所      ◇保育園      ◇幼稚園      ◇サークル      何歳から (      )

きょうだいは？      □無      □有り (構成と年齢 :      )

⑬主な食事内容 : ◇和食      ◇洋食      ◇和洋半々      ◇加工食品      ◇コンビニ食      ◇ファーストフード

⑭どのような診療をご希望ですか？

◇ 十分な検査と、根本的な治療を受けたい。◇ とりあえず当面、症状を抑えてほしい。

◇ 自分の現状を知りたい      ◇ その他 (      )