

秘

# 問診票

年 月 日

お名前： \_\_\_\_\_ 性別： 男・女 年齢： \_\_\_\_\_ 歳 体重： \_\_\_\_\_ kg

食物,薬等にアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → ( _____ )
禁止されているお薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → ( _____ )

現在の健康状態はいかがですか？	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> まあまあ <input type="checkbox"/> よくない <input type="checkbox"/> 月経中 <input type="checkbox"/> 妊娠中( _____ ヶ月) <input type="checkbox"/> 授乳中
現在、他の病院に通院されていますか？	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる ▼「いる」方は下記もご記入下さい ----- 病名 ( _____ ) 病院 ( _____ 病院・ _____ 科・担当医 _____ 先生 ) 病院 ( _____ 病院・ _____ 科・担当医 _____ 先生 )
現在、服用中のお薬はありますか？ ※お薬手帳をお持ちの方は、現在服用中のお薬がなくても提出してください。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ▼「ある」の方は下記もご記入下さい ----- 薬剤名 ( _____ ) 薬剤名 ( _____ )

感染症にかかったことはありますか？ ※完治していても記載してください	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → <input type="checkbox"/> 肝炎 (B・C) <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> その他
---------------------------------------	--

これまでに大きな病気にかかったことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ▼「ある」の方は下記もご記入下さい
■ 心臓・血管系	<input type="checkbox"/> 先天性心疾患 <input type="checkbox"/> 狭心症・心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
■ 呼吸器系	<input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アデノイド・扁桃腺 <input type="checkbox"/> 鼻疾患 <input type="checkbox"/> 肺疾患 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
■ 血液疾患	<input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 血友病・凝固異常 <input type="checkbox"/> 白血病 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
■ 内分泌系	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 甲状腺異常 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
■ 泌尿器系	<input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 生殖器疾患 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
■ 精神神経系	<input type="checkbox"/> 発達障害 [自閉症・ADHD・その他 ( _____ )] <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 不安障害 <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> パニック障害 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
■ その他	( _____ )

※ 当個人情報、は、当院で定めた利用目的の範囲内で利用します。  
※ 記載内容に誤りがあった場合、当院では診療内容に責任を負いかねます。  
記載内容の不備が発覚した場合、診療を拒否させていただく場合がございます。

以上のことに同意いたします  はい

体温： _____ °C
血圧： _____ / _____
脈拍： _____
※ 記入不要 (当院にて記入します)