問　診　票　　月　　日

お名前（フリガナ）	生年月日 T・S・H　年　月　日
ご住所（再診で住所変更ありましたらお書き下さい。） 〒	自宅電話番号
	連絡先（携帯番号）

問１：今日はどのような症状で来院されましたか？

□熱がある（　　℃）　□頭痛　□関節痛　□のどが痛い　□咳　□鼻水

□腹痛　□下痢　□おう吐　□ひん尿　□排尿痛

□その他　（　　）

再診の方はここまでの記入で結構です。初診の方は最後までご記入ください。

問２：今までに次の病気にかかったことはありますか？

□喘息　□じんましんなどのアレルギー疾患　□心臓病　□高血圧　□腎疾患

□肝臓病　□糖尿病　□異常体質　□その他(病名　　)

問３：今までに手術を受けたことはありますか？

□ある　□ない

（手術の内容をご記入ください　　）

問４：今までに注射・薬・ぬり薬・点眼薬・その他の薬で何か異常（局部が赤く腫れたり、発疹ができたり気分が悪くなったり、ショックになったりすること）が起こったことはありますか？

□ある（薬品名　　）　□ない　□わからない

問５：今までに　たこ　かに　鯖　卵　牛乳　その他の食べ物でじんましんや腹痛、下痢を起こしたことはありますか？

□ある（食品名　　）　□ない　□わからない

問６：けいれんを起こしやすい体質ですか？

□はい　□いいえ　□わからない

問７：ご家族でアレルギー体質やアレルギー疾患があると言われた方がいらっしゃいますか?

□はい　□いいえ　□わからない

問８：タバコは吸いますか？

□はい（１日平均　　本）　□いいえ

問９：ご家族で重大な病気や慢性の病気にかかった方がいらっしゃいますか？

□はい(病名　　）　□いいえ　□わからない

問１０：現在妊娠してますか？（女性のみ）

□はい　□いいえ　□わからない

順番でお呼びします。保険証・診察券（再来の方）をご用意してお待ちください