

なのはな内科アレルギー科

問 診 票

ふりがな	
氏名	男 ・ 女
生年月日 T・S・H	年 月 日 歳
住所	
TEL	携帯

診察を円滑に行うため、お分かりの範囲内でお書きください

1. 今日はどのような事でしたか。
(いつからどのような症状が起こったか、なるべく具体的にお書きください)
2. ここは何で知りましたか。
ホームページ 人から聞いて 他院からの紹介 通りかかって その他:
3. 今まで大きな病気、けがにかかった事がある方はその時の年齢も含め、
お書きください。
4. ご家族(血縁者)で糖尿病・高血圧などを治療中の方がいますか。
いない ・ いる
5. 現在治療中の病気がありますか。
ない ・ ある (疾患名)
内服している薬の種類、名前
6. 薬に対してアレルギーがありますか。
ない ・ ある 薬の種類、名前
7. 女性の方にお聞きします。
現在妊娠している可能性がありますか。 ない ・ ある (週) ・ わからない
生理はどうですか。 順調 ・ 不順 ・ 閉経している (歳のとき)
授乳中ですか。 はい ・ いいえ

ご協力ありがとうございました。