

# 問診票

ご記入日 年 月 日

フリガナ			生年月日・性別	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日 ( 歳)	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
お名前			自宅電話			
ご住所	〒	携帯電話				
		E-Mail				
勤務先・学校			ご職業			
当クリニックから連絡してもよい連絡先			<input type="checkbox"/> 自宅電話 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> 勤務先電話 ( <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時頃 )			

該当する項目に  チェックを付けてお答えください。

今日は どうされましたか？	風邪症状	<input type="checkbox"/> 熱がある <input type="checkbox"/> 咳が出る <input type="checkbox"/> 鼻水が出る <input type="checkbox"/> たんが出る <input type="checkbox"/> 喉が痛い <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 寒気
	腹部症状	<input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 胃の調子が悪い <input type="checkbox"/> 食欲がない
	胸部症状	<input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 胸が苦しい <input type="checkbox"/> 圧迫感 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 息苦しい
	その他症状	<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> だるい
	怪我をした	どこを怪我しましたか ( )
	皮膚症状	<input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み
	検診・検査	<input type="checkbox"/> 一般検診 <input type="checkbox"/> 超音波 (エコー) 検査 <input type="checkbox"/> 予防接種
自費診療	<input type="checkbox"/> 健康検査 (ネクストボディ&ジム入会のため) <input type="checkbox"/> 美容外来 (しみ・そばかす・脱毛) <input type="checkbox"/> 高濃度ビタミンC点滴 <input type="checkbox"/> その他の美容点滴 <input type="checkbox"/> ニンニク注射 <input type="checkbox"/> プラセンタ注射 <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸注射 <input type="checkbox"/> ボトックス注射 <input type="checkbox"/> サプリメント外来 <input type="checkbox"/> 血液クレンジング療法 <input type="checkbox"/> 血液バイオフィトセラピー療法	
※上記の症状またはご利用目的に当てはまらない場合は、こちらへご記入ください。		
症状はいつからですか？	<input type="checkbox"/> 今日はじめて <input type="checkbox"/> ( ) 日前から <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 現在症状はない	
現在治療中の病気 または 過去に治療を受けた 病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	※「ある」とお答えの方 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 (不整脈含む) <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 眼疾患 (緑内障含む) <input type="checkbox"/> その他 ( )
現在飲んでいる お薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	※「ある」とお答えの方 薬品名 ( )
お薬や食品で アレルギーが出たことは ありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	※「ある」とお答えの方 薬品名 ( ) 食品名 ( )
手術をされたことは ありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	※「ある」とお答えの方 いつ頃 ( ) 部位 ( )
女性の方へ	<input type="checkbox"/> 妊娠中 ( ) カ月 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中	
当クリニックをどのよう にして知りましたか？	<input type="checkbox"/> 家族や知人の紹介 <input type="checkbox"/> 他院からのご紹介 (病院名: ) <input type="checkbox"/> 近隣居住 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> インターネット検索 <input type="checkbox"/> チラシ・雑誌広告 <input type="checkbox"/> その他 ( )	