

翠(みどり)皮フ科・アレルギー科問診票

フリガナ

お名前 _____ 性別 男・女

生年月日 T・S・H _____ 年 月 日 年齢 _____ 歳

ご住所 〒 _____ 東京都・ _____ 道府県

_____ 区・市・町・村

自宅電話 (_____)-(_____)-(_____)

携帯電話 (_____)-(_____)-(_____)

●現在飲んでいるお薬やサプリメント・塗っているお薬などがありましたら市販品も含めて分かる範囲で記入してください。

(_____)

(_____)

●現在持っている病気や、過去にしたことのある病気についてお書きください。

(_____)

●今までお薬で具合が悪くなったことがありますか？ はい・いいえ
ある方は詳しくお書きください。

(_____)

●(女性の方で)妊娠していますか？ はい(_____ ヶ月)・いいえ・わからない

●(女性の方で)生理は？ 順調・不順・なし 生理痛は？ ひどい・軽い・なし

●お通じの具合は？ 便秘・普通・軟便・下痢

●タバコは吸いますか？ はい(1日 _____ 本)・いいえ

●病状について、いつからどこがどんな症状なのか簡単にお書きください。

(いつから: _____)

(どこが: _____)

(どんな症状: _____)

●診察に関して考慮して欲しいこと(自費や漢方希望など)がございましたらご記入ください。

(_____)

●診療明細書は必要ですか(不要でも領収書は発行いたします) はい・いいえ

●当院をどうやってお知りになりましたか？ 知人・看板・インターネット