

B

診察用問診票

| | | | |
|------|-------------------|----|-------|
| 開始日 | 年 月 日 | | |
| フリガナ | | | |
| 氏名 | | | 男 ・ 女 |
| 住所 | | | |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 | | |
| 電話番号 | 自宅 | 携帯 | |

緊急時の連絡先をご記入下さい

| | | | | |
|------|----|----|----|--|
| 氏名 | | | 続柄 | |
| 住所 | | | | |
| 電話番号 | 自宅 | 携帯 | | |

以下のことは当院での治療・サービスを受けていただくにあたり、欠かせない大切なことですので、必ずご記入をお願いいたします。

| | |
|---|----------------------|
| 1. ピリン系(風邪薬・鎮痛剤)などの薬で薬疹やじんましんの出た事がありますか？ | ある(その名前) ない ・ 不明 |
| 2. 抗生物質(ペニシリン系等)で薬疹やじんましんの出た事がありますか？ | ある(その名前) ない ・ 不明 |
| 3. 注射や点滴を打ってショックを起こした事がありますか？ | ある(その名前) ない ・ 不明 |
| 4. 注射や点滴を打って気分が悪くなったり、下痢を起こした事がありますか？ | ある(その名前) ない ・ 不明 |
| 5. 注射や点滴を打った部分が赤くなったり腫れた事がありますか？ また、熱がでた事がありますか？ | ある(その名前) ない ・ 不明 |
| 6. 注射や点滴を打った部分が痛くなったり、痒くなった事がありますか？ | ある(その名前) ない ・ 不明 |
| 7. ぬり薬・はり薬でかぶれたことがありますか？ | ある(その名前) ない ・ 不明 |
| 8. 今までに輸血を受けたことがありますか？ | ある ない ・ 不明 |
| 9. 現在治療中またはかかっていた疾患はありますか？あてはまるもの全てに をしてください。 肥満症 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 高脂血症 ・ 痛風 ・ 肝臓病 ・ 胃かいよう ・ 心臓病 腎臓病 ・ 腰痛 ・ 関節痛 ・ 偏頭痛 ・ 貧血 ・ 喘息 ・ 結核 ・ てんかん その他 () | |

| | | |
|--|-----|---------|
| 10. 今までに大きな怪我や疾患で手術を受けられた事がありますか？ ある方は疾患名といつ頃受けたのかをご記入ください。 | | |
| 疾患名 | 病院名 | いつ頃受けたか |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

