

問診票

ご記入日 年 月 日

患者氏名： _____ 様 男性 ・ 女性

生年月日：明・大・昭・平 年 月 日 (満 才)

連絡先： ご自宅 携帯電話 _____

※ 該当する内容に○印をおつけください。

1) 現在までに下記の病気にかかったことがありますか。

喘息 じんましん等のアレルギーやアトピー疾患 心臓病 高血圧 肝臓病
異常体質 糖尿病 眼の疾患

2) 上記以外の大い病気や慢性の病気にかかったことや、手術を受けたことがありますか。

ハイ イイエ ワカラナイ

病名がわかりましたら記載して下さい。

3) 下記の感染疾患にかかったことがありますか。また、かかっていますか。

ハイ (A型肝炎 B型肝炎 C型肝炎 梅毒 HIV)
イイエ

その後治療はされましたか。

ハイ (それはいつ頃ですか?)
イイエ

4) 現在まで注射や飲み薬、ぬり薬、点眼薬、その他の薬で異常

(発疹、気分不良、ショック状態、呼吸困難) が起きたことがありますか。

ハイ イイエ ワカラナイ

その薬の名前 (例えばピリン系列、ペニシリンなど)

5) 歯医者さんの麻酔にて気分が悪くなった事がありますか。

ハイ イイエ ワカラナイ

6) 家族 (両親、兄弟) でアレルギー体質やアレルギー性疾患があると、
言われている方はいますか。

ハイ イイエ ワカラナイ

7) 家族で大きい病気や慢性の病気にかかった方はいますか。

ハイ イイエ ワカラナイ

8) 原因不明の高熱が続いたことがありますか。

ハイ イイエ ワカラナイ