

問診表

氏名 フリガナ 年齢 性別 男 女
住所 〒
電話番号

* SkypeID

1. 具合の悪いところを具体的に記載してください

1) どこがどのように悪いですか？

2) それはいつからですか？

3) 今回の症状でどちらかの病院、医院にかかりましたか？

いいえ

はい 診断名は何でしたか？

治療はしましたか？ いいえ はい(治療法、薬剤名等)

2. いままでにかかった病気や治療中の病気はありますか？

喘息 (歳) 高血圧 (歳) 糖尿病 (歳) 脳卒中 (歳)

癌 (歳、部位) 肝臓病 (歳) 腎臓病 (歳)

心臓病 (歳) その他(病名; 、 歳)

3. ご家族の中で今までかかった病気や治療中の病気はありますか？それはどなたですか？

喘息 () 高血圧 () 糖尿病 () 脳卒中 ()

癌 () 肝臓病 () 腎臓病 () 心臓病 ()

その他(病名;)

4. 今までに手術を受けた経験はありますか？

いいえ はい(診断名 、 歳)

5. 薬のアレルギーはありますか？

いいえ はい () 裏面へ

6. 食べ物のアレルギーはありますか？
いいえ はい ()
7. その他のアレルギーはありますか？
いいえ はい ()
8. 現在飲んでいる薬はありますか？
いいえ はい (薬品名)
9. 現在飲んでいるサプリメントや健康食品はありますか？
いいえ はい (商品名)
10. たばこ 吸わない 吸う 過去に吸っていた (1日 本、約 年間)
アルコール 飲まない 飲む
過去に飲んでいた (種類: 、1回 杯、毎日 時々
月に2~3回)
11. 女性の方へ
妊娠している可能性は？ ない ある
最終月経は？ (月 日) 閉経してる(歳)
12. 検診で異常を指摘されたことはありますか？ なし あり()
13. 漢方薬での治療を希望されますか？ はい いいえ
14. 当院をどのようにお知りになりましたか？
知人の紹介 当院ホームページ 偶然通りかかった その他()