病気の質問表



この質問表は、病気をなおすために大切な資料となります。 さしつかえない範囲でありのままをお書きください。秘密はかたくお守りします。

(ふりがな)	生年月日	T·S·H	月	В
お名前	年齢	歳	性別 男	· 女
= (−) =				
市 住 所 県 郡	\boxtimes			
※外出時に連絡が取れる電話番号のご記入、ご協力お願いします。				
電話番号 (携帯)	(自宅)			
最近のお子様の体重(10歳未満の方のみご記入お願いします	す) (kg) 体温		°C)
1. 現在の症状(お困りのこと)について残らず	お書きください。			
2. 病気の症状はどんなときに悪くなりますか	?また、どんなと	きによくなり	ますか?	
(悪くなるとき)				
(良くなるとき)				
(20,000,000,000,000,000,000,000,000,000,	tv 2			
3. 病気の原因で思いあたることはありません。	η, ;			
4. 今までお薬でアレルギー(じんましんがでた	り、気分が悪くな	った)をおこし	たことがあり	ますか?
ない・・・ある・・(お薬の名前)
5. 現在、治療中の病気がありましたら、お書き	ください。			
ない ・ ある 病名() お薬?	名()
病名() お薬?	名()
6. 過去に入院や手術をされたことがありまし	たら、お書きくだる	さい。		
ない ・ ある 病名()いつる	ごろ(才	頃)
病名()いつる	ごろ(才	頃)
7. ご家族のなかで、下記の病気の方(亡くなら	れた方)がいらっ	しゃいました。	5、0をつけて	ください。
①高血圧(続柄:) ②糖尿病(続柄) 3	脳卒中 (続柄:)	
④がん(続柄: 部位:)((続柄: 音	部位:)	
8. 検査や治療についてご希望がありましたら、	、お書きください。	1		
(血液検査・点	気滴・注射・漢	方薬)
9. 現在、妊娠中または妊娠の可能性がございる	ますか?			
ない ・ ある				
10. 当クリニックを受診されたきっかけは?(?	あてはまる項目に	ニチェックをお	願いします)	
□ 自宅職場が近い □ 診療時間が利用し				··HP)
□ 電話帳·雑誌広告 □ 当院「本体」の看板			•	/
□ 家族からの紹介 □ 友人からの紹介		_ その他[□ その他[]
□ 他医療機関から紹介 [病院院名:	-]		