

# 診療申込・問診票

no.

記入年月日

年

月

日

|      |  |    |              |
|------|--|----|--------------|
| ふりがな |  | 性別 | 男・女          |
| 氏名   |  |    |              |
|      |  |    | 年 月 日生 ( 才 ) |

●本日受診することになったおもな症状は？ 体温 \_\_\_\_\_ °C  
いつごろから？ \_\_\_\_\_ どのような症状ですか？ \_\_\_\_\_

●今までにかかったおもな病気、けが、手術は？

①これらの病気に対して現在治療を行なっていますか？

はい・いいえ

②行なっているならその内容（薬の名前など）を教えてください

●今までに薬に対するアレルギー（じんましんが出たり、気分が悪くなったりしたこと）  
がありましたか？

あり → 薬の種類 \_\_\_\_\_ なし

●喘息やアレルギーと思われる方におたずねします

①該当するところに○をしてください

食物アレルギー ( ) → 種類( )

喘息 ( ) アトピー ( )

②それらについて、血液検査などで調べたことはありますか？

はい・いいえ

③その結果はいかがでしたか？

●お酒やたばこはだいたい一日にどれくらいのみますか？

お酒 \_\_\_\_\_ 合 \_\_\_\_\_ ビール \_\_\_\_\_ 本 \_\_\_\_\_ たばこ \_\_\_\_\_ 本 \_\_\_\_\_

●女性の方にお聞きします。現在妊娠は？

している → \_\_\_\_\_ ケ月 \_\_\_\_\_ 可能性あり \_\_\_\_\_ していない

●最後に、診察を受ける際に、何か伝えておきたい事がありましたらご記入ください。

ご記入ありがとうございました



もろおかアレルギー科・小児科クリニック

Morooka Allergie & Kinder Klinik