

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