

デイクリニック天神 問診票

No. _____

フリガナ	_____
氏名	_____様 (男・女)
生年月日	(大・昭・平) _____年 _____月 _____日 (____) 歳
住所	_____
電話番号	(____) _____ - _____
メールアドレス	_____ @ _____ 【メール配信 OK・NG】
職業	_____

媒体 (_____)

◆現在の症状について (○で囲んでください。)

1. ご希望の相談内容・診療内容

手の甲 腕

2. 症状 (右・左・両方)

血管のふくらみ、浮き出て目立つ 血管の色：赤 血管の色：青

その他 (_____)

3. 症状はいつごろからございましたか？ 生まれつき / _____年 _____ヶ月前から / _____歳頃から

◆既往歴について (○で囲んでください。)

1. 下記内容の病気を指摘されたことがございますか？

高血圧 糖尿病 高脂血症 心疾患 膠原病 喘息 不整脈 骨粗鬆症 B型肝炎 C型肝炎
がん 部位 _____ 脳梗塞 その他 (_____)

2. (1) 以外で過去に病気や入院されたことはございますか？

病名 (_____) 現状：通院中 内服中 何もしていない 治癒

◆お薬について ※お薬手帳を提出された方は、ご記入の必要はございません。

1. 下記のお薬を服用中の方は○で囲む、またはご記入ください。

血液をサラサラにする薬 ・ ホルモン剤 (低用量ピルを含む) ・ ステロイド剤

薬品名 (_____)

2. 上記以外に現在内服しているお薬はございますか？ ない・ある

薬品名 (_____)

◆アレルギーについて (○で囲んでください。)

今までに食品、薬の服用や注射で具合が悪くなられたことはございますか？ ない・ある

薬品名：アルコール 歯科麻酔 その他 (_____)

食品名：大豆 その他 (_____)

症状：気分が悪くなった 湿疹が出た かぶれた その他 (_____)