

# 問 診 票

2020 年 月 日

以下は問診票となります。個人情報管理および診療に用いる事項ですのでご協力よろしくお願ひいたします。  
 ※当院には患者さまから知りえた情報に対する**守秘義務**があり第3者に対して漏洩することはありません。

ふりがな		性		生年	西暦	年	年齢
氏名		別	男・女	月日	月	日	歳
住所	〒						職業
電話番号			携帯番号				

クリニックからのメールマガジンの配信をご希望されますか？ はい ・ いいえ  
 ※メールマガジン希望の方のみメールアドレス

当院を何でお知りになりましたか？ 以下の該当項目をご記入下さい。

インターネット                       広告、看板                       その他 (                      )  
 家族の紹介                               知り合いの紹介                      (紹介者名:                      )  
 病院の紹介 (病院名:                      )                       その他 (ご紹介元:                      )

1. いつから、どこに、どのような症状がありますか？  
 ・いつから  
 ・どこに(部位)  
 ・どのような症状

2. その症状についてこれまで病院等を受診された方のみお答えください。  
 いつ、どこで、何と診断され、どのような治療を受け、どのようになりましたか？

3. この症状の原因で思い当たることはありますか？

4. 治療中の病気、これまでにかかった病気、使用中のお薬があればお知らせください。  
 (病名)  
 (薬)

5. 飲み薬・注射薬・食物等でアレルギーを起こしたことがありますか？ はい ・ いいえ

6. 5の質問で「はい」の方のみお答えください。何によってどのような症状がありましたか？  
 (原因)  
 (症状:できるだけ具体的に)

7. 現在、妊娠中・授乳中・および妊娠の可能性のある方は、治療方針の決定に必要な情報ですので、お知らせください。  
 妊娠                      ヶ月 ・ 授乳中 ・ 妊娠の可能性がある

8. 検査・治療等にあたって、ご質問、ご希望のことがあれば、ご自由にご記入ください。

ご回答ありがとうございました。診察と今後のサービスに役立たせていただきます。                      シャルムクリニック

