

年 月 日

⇒お手数ですが、当院でご通院されていない方は裏面もご記入ください。

[6] 現在治療中である、または今までにかかった病気や感染症、手術を受けたことはありますか？

はい ・ いいえ 「はい」とお答えの方 ⇒ (現在治療中・過去にあった)

該当する□にチェックを入れ、詳しい病名・治療内容等をご記入ください

□糖尿病 □高血圧 □心臓疾患 □甲状腺疾患 □精神疾患 □その他 ()

(病名:)

□感染症 ()

□手術(歳のとき) (歳のとき)

[7] 現在服用中の薬はありますか？ (はい ・ いいえ) 薬剤名 ()

[8] アレルギーがでたことはありますか？ (はい ・ いいえ)

例) 原因: 卵 症状: アナフィラキシー

【原因: 症状: 】 【原因: 症状: 】

[9] 今までに喘息にかかったことはありますか？ (はい ・ いいえ)

「はい」とお答えの方 ⇒ □ 現在治療中 使用している薬 ()

⇒ □ 過去あった (最終発作 歳)

[10] ご主人について (ご結婚されている場合にお答えください)

年齢: _____ 歳 ご職業: _____

ご健康ですか？ (はい ・ いいえ)

今までにかかった病気はありますか？ はい () ・ いいえ

[11] 当院をお知りになったきっかけは何ですか？

- ① 他院の紹介 ② インターネット ③ 看板 ④ 知人の紹介
⑧ 自分・家族が当院で出産 ⑥ 近所・通りすがり ⑦ その他 ()

[12] その他ご要望やご意見があればご自由にお書きください。

ご記入ありがとうございました。

この問診表は診療目的以外では使用しません。プライバシーに関わることなので取り扱いは慎重にいたします。