

北青山D.CLINIC 問診票

今回の受診の目的、動機、ご相談内容、症状などをお知らせください。

基本情報

お名前		
必須	お名前（フリガナ）	
	お名前（漢字）	
必須	性別	男 女
必須	生年月日（西暦）	年 月 日生
ご自宅住所		
必須	ご自宅 郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
必須	ご自宅住所1（都道府県、市町村）	都・県 市・区・町・村
必須	ご自宅住所2（丁目、番地など）	
連絡先		
必須	電話番号①※クリニック受付時間内（月～土9:30～18:00）に連絡可能な連絡先をご記入下さい。	
任意	電話番号②	
必須	メールアドレス	@
必須	ご希望連絡先必須	<input type="checkbox"/> 上記① <input type="checkbox"/> 上記② <input type="checkbox"/> メールアドレス

緊急連絡先

任意	お名前	
	続柄	
	連絡先	

アンケート

当クリニックを何でお知りになりましたか？

<input type="checkbox"/> 家族・親戚の紹介	<input type="checkbox"/> 友人・知人の紹介	<input type="checkbox"/> 当院スタッフの紹介	<input type="checkbox"/> 当院ホームページ
<input type="checkbox"/> 雑誌	<input type="checkbox"/> 新聞	<input type="checkbox"/> テレビ	<input type="checkbox"/> その他（ ）

ご紹介者名、媒体名をご記入ください。

--

問診シート

必須	身長		cm
必須	体重		kg

1.過去にかかった大きな病気・感染症、受けた手術、現在治療中の病気があればお知らせ下さい。

必須 1-1.病歴について ある ない

ある場合、以下にご記入ください。(ある場合は必須)

以下の病歴に当てはまる場合は、してください。

- 心臓病 (病名: _____)
前立腺肥大 脳梗塞 緑内障 糖尿病 高血圧

その他の病歴

①	病名・手術名			
	現在治療中ですか?	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	発症時期		年	月
	治療法			
②	病名・手術名			
	現在治療中ですか?	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	発症時期		年	月
	治療法			

必須 1-2.感染症について ある ない

ある場合、以下にご記入ください。(ある場合:必須)

- B型肝炎 C型肝炎 梅毒 HIV
 その他

必須 2.常用している薬はありますか? ある ない

ある場合、以下にご記入ください。(ある場合:必須)

薬名	
----	--

必須 3.薬や食べ物にアレルギーはありますか? ある ない

ある場合、以下にご記入ください。(ある場合:必須)

アレルギーを起こすもの	
-------------	--

必須 4.喘息はないですか? ある ない

必須 5.日常生活を支障なく送れていますか? はい いいえ

いいえの場合、以下にご記入ください。(いいえの場合:必須)

具体的に問題点を教えてください。	
------------------	--

必須 6.お酒は飲みますか? 飲む 飲まない

お酒を飲まれる場合、以下にご記入ください。(飲まれる方:必須)

何を	
一日どのくらいの量	
週に何日	週に _____ 日

必須 7.煙草を吸いますか? 吸う 吸わない

煙草を吸われる場合、以下にご記入ください。(喫煙者の方:必須)

一日に吸う本数		本
喫煙期間		年

女性 1.現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか?

必須 妊娠中 (妊娠週数 _____ 週) 可能性あり なし

2.現在授乳中ですか? はい いいえ

ID/お名前		記入日： 年 月 日
--------	--	------------

北青山D.CLINIC 問診票 (ハンドベイン)

ハンドベインで受診される方は下記をご記入下さい。

1. 現在気になる症状は何ですか？ (複数選択可)

右	右腕	<input type="checkbox"/> 見た目のストレス <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 重苦しさ/だるさ <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 色素沈着 <input type="checkbox"/> 潰瘍 <input type="checkbox"/> 皮膚硬結 <input type="checkbox"/> その他 ()
	右手	<input type="checkbox"/> 見た目のストレス <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 重苦しさ/だるさ <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 色素沈着 <input type="checkbox"/> 潰瘍 <input type="checkbox"/> 皮膚硬結 <input type="checkbox"/> その他 ()

左	左腕	<input type="checkbox"/> 見た目のストレス <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 重苦しさ/だるさ <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 色素沈着 <input type="checkbox"/> 潰瘍 <input type="checkbox"/> 皮膚硬結 <input type="checkbox"/> その他 ()
	左手	<input type="checkbox"/> 見た目のストレス <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 重苦しさ/だるさ <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 色素沈着 <input type="checkbox"/> 潰瘍 <input type="checkbox"/> 皮膚硬結 <input type="checkbox"/> その他 ()

2. 気になる血管のタイプはどれですか？ (複数選択可)

<input type="checkbox"/> 血管がポコポコと浮き上がる <input type="checkbox"/> クモの巣・網目状の細かい血管が浮き上がる <input type="checkbox"/> その他 ()
