

# 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。

[illegible]

## 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？

☐ 家族・親戚の紹介
 ☐ 友人・知人の紹介
 ☐ 当院スタッフの紹介
 ☐ 当院ホームページ

☐ 雑誌
 ☐ 新聞
 ☐ テレビ
 ☐ 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 日頃
	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 日頃
	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 必須 1.現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか？

☐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  
(皮膚科)

皮膚科で受診される方は下記をご記入下さい。

1.体のどの部分に症状がありますか？

--

2.現在の症状を教えてください。(痛い、かゆい、赤くなっているなど)

--

3.いつごろから症状がでてきましたか？

	年	月頃から
--	---	------