

問 診 表

ふりがな
氏名：

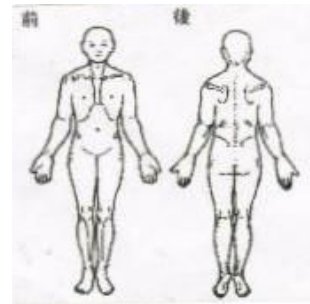
(歳)

診察日：

年 月 日

1. どの部分が、いつから、どのように具合が悪いですか？

○具合の悪い部分に印をつけてください。



2. 今までに次の病気にかかったことがありますか？

ない ・ ある → 心臓病 ・ 高血圧 ・ 結核 ・ 肝臓病 (B型肝炎、C型肝炎、その他)
 甲状腺の異常 ・ 腎臓病 ・ ぜんそく ・ 糖尿病 ・ 泌尿器 ・ 自律神経
 けいれん(ひきつけ) ・ その他 ()

今までに手術を受けたことがありますか？

ない ・ ある → いつ頃 (年 月)
 部位：

3. 現在、他の病院に通院していますか？

いいえ ・ はい → 病名： (病院名：)

現在、飲まれている薬はありますか？

いいえ ・ はい → 薬の名前：

4. アレルギーはありますか？

ない ・ ある → 薬剤： ピリン (風邪薬など) ヨードチンキ ペニシリン
 食べ物 () その他 ()

5. 【女性の方】 現在、授乳中ですか？

いいえ ・ はい

現在、妊娠中または妊娠している可能性はありますか？

ない ・ ある

6. ご希望の検査があれば、下記からお選びください。

レントゲン ・ MRI ・ エコー ・ 血液検査 ・ 骨密度 ・ 心電図 ・ 動脈硬化判定 ・ 体組成判定
 (右記は自費になります) 姿勢分析 ・ 足底圧計重心動揺検査

アンチ・エイジングドックのご希望はありますか？ → 希望しない ・ 希望する

7. 内服薬の処方でご希望があれば、下記からお選びください。

一般薬 漢方薬 どちらでも良い できるだけ使用したくない

8. ご希望の治療があれば、下記からお選びください。

運動療法 物理療法 (電気・ホットパック等) 注射 装具・サポーター等
 鍼治療 インソール作成 (靴の中敷) 食事療法 サプリメント

ウェイトマネジメント (医学的減量) のご希望はありますか？ → 希望しない ・ 希望する

9. できるだけ受けたくない治療があればご記入ください。

10. その他、ご希望があれば、ご遠慮なくご記入ください。

最後に、当クリニックをどのようにしてお知りになりましたか？

①ご紹介 (様) ②インターネット ③雑誌 () ④その他 ()

* ご協力ありがとうございました。

以上の質問を参考にした上で、医師としての立場からお奨めする検査・治療法があるかと思ひます。説明を受けられた後に、皆様各々の自己選択により、同意の上行いますのでご安心ください。