

# 問診票

年 月 日

診察を行う上で大切な資料となりますので、お手数ですが下記の質問にご記入ください。

〈フリガナ〉		〈生年月日〉	
〈氏名〉		明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日 歳	
〈住所〉 長崎市 西彼杵郡			
電話番号	〈自宅〉		
	〈携帯〉		

※小学生以下の方→体重： Kg

1. いつから、どこが、どうなさいましたか？

2. 現在治療中の病気がありますか？

ない  ある ( )

3. 今までに病気で入院されたことがありますか？

ない  ある ( )

4. 今までに局所麻酔をされたことがありますか？ (歯科を含む)

ない  ある

5. 今までに注射をされて気持ちが悪くなったことがありますか？

ない  ある

6. 薬を飲んで体調が悪くなったことがありますか？

ない  ある (薬の名前：  症状： )

7. ぜん息はありますか？

ない  ある

8. 血液がサラサラになる薬を飲んでいますか？

飲んでいない  飲んでいる (薬の名前： )

9. B型肝炎・C型肝炎と言われたことがありますか？

・ B型肝炎：ない  ある  ・ C型肝炎：ない  ある

10. 現在妊娠または授乳中ですか？

していない  している (妊娠  カ月)  授乳中

10. 当院に来院されたきっかけは何ですか？

看板をみて  ホームページをみて  近所だから  雑誌をみて  
紹介(紹介者のお名前 )

以前受診したことがあるから  その他 ( )

ご協力ありがとうございました。この用紙を受付に出してしばらくお待ちください。  
みね形成外科・美容皮ふクリニック