問診票

初診　30 年　　月　　日

フリガナ

お名前　　T・S・H　年　月　　日生（　　歳）　性別　男・女

住所〒　　－

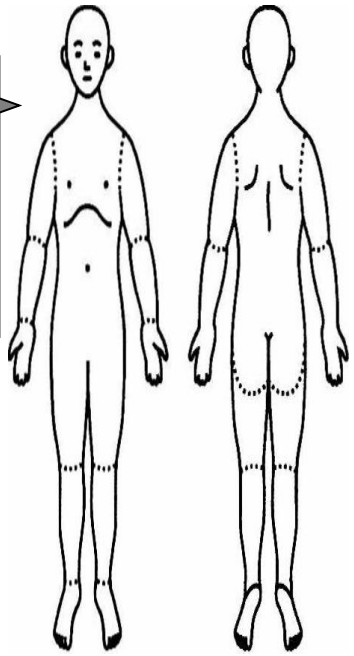
連絡先（ご自宅）：　　－　　－　　（携帯）：　　－　　－

アンケート　当クリニックを何でお知りになりましたか？

□HP(自宅 PC・携帯)　□コレットマーレ内　□紹介（病院・知人・救急医療センター）

□その他（　　）　ご紹介者　　様

①症状を〇で囲んでください(複数可)



皮膚科　**今回の症状は、いつからですか？**＿＿＿＿

部位はどこですか？　**右の絵に印をつけて下さい**

かゆみ　発疹　痛み　にきび　虫刺され　やけど　乾燥
皮むけ　脱毛　イボ　水いぼ　うおのめ　ほくろ　しこり
水虫　手術相談　その他（　　）

泌尿器科　**今回の症状は、いつからですか？**＿＿＿＿

排尿困難　膀胱炎　排尿時痛　頻尿(昼・夜間)　尿のきれが悪い
尿路結石　前立腺(PSA)　下腹部不快感　尿道から膿が出る
陰部の異常　血尿　タンパク尿　夜尿症
その他（　　）

その他

プラセンタ　にんにく注射　ボトックス　レーザーの相談　禁煙外来　検診　予防接種
男性型脱毛(AGA)　ED　その他（　　）

②アレルギーはありますか？

□ない
□ある・・□食物　□注射　□薬　□花粉症　□喘息　□蕁麻疹　□アトピー性皮膚炎
□その他　（　　）

③現在治療中の病気・内服薬はありますか？お薬手帳をお持ちの方は、診察時に医師にご提示ください。

□ない
□ある・・□高血圧　□喘息　□高脂血症　□糖尿病　□その他（　　）
薬剤名をお書き下さい。（　　）

④飲めない形状のお薬はありますか？

□ない
□ある・・□錠剤　□カプセル　□散剤　□シロップ　□漢方薬

⑤現在、妊娠中・授乳中ですか？妊娠されている可能性はありますか？

□ない
□ある・・・□妊娠中　□授乳中　□妊娠の可能性あり

（医）誠信会　オーシャンクリニック

2018 年 9 月 19 日