記入日：令和　　年　　月　　日

初 診 申 込 書 兼 問 診 票

ふりがな		昭和・平成・令和 年　月　日生	才	男・女
氏名				
住所	〒 携帯（　　）　－ 自宅（　　）　－			
緊急 連絡先	ふりがな	続柄	連絡先　（　　）　－	
	(氏名)	（　　）		
〔ご職業〕　〔趣味〕　〔身長〕　cm　〔体重〕　kg *最近 6 か月で体重が（　　）kg 増えた・減った・変わらない				

*当院ではどのような治療を希望されているのか教えてください。

☐温熱治療　☐免疫療法　☐抗癌剤治療
☐抗酸化療法　☐まだ決めていない

*以下は問診票となっております。治療の参考にさせていただきますので、できる限り詳細にご記入ください。

《 問 診 票 》

1.現在の病気について

※いつ、わかりましたか？（ 昭和・平成・令和　　年　　月頃）（　　病院・医院で）

※病名は？（　　）

※今までにどのような治療を受けてこられましたか？

a、手術を受けられましたか？　（☐はい　☐いいえ）

b、現在他院などで治療中ですか？（☐はい　☐いいえ）

（　　年から、　　病院・医院で）

（診療科名：　　）（主治医：　　医師）

c、 現在、 飲み薬や注射・点滴をされていますか？　（☐はい　☐いいえ）

☐ 薬の名前（　　）

☐ わからない

d、漢方薬を飲んでいますか？（☐はい　☐いいえ）

☐ 漢方薬の名前（　　）

☐ わからない

2.次の病気と言われたことがありますか？

☐胃潰瘍　☐糖尿病　☐肝臓病　☐腎臓病　☐心臓病（心筋梗塞・狭心症）
☐喘息　☐結核　☐血液疾患　☐網膜症　☐神経症（ノイローゼ）
☐リウマチ　☐甲状腺　☐膠原病　☐老人性痴呆　☐脳卒中
☐その他（　　）

3.家族や血縁の方に次のような病気があれば( )内に続柄をご記入ください。

がんや悪性の病気(誰が:　　病名　　)

高血圧(　　) 糖尿病(　　) 肝炎(　　) 心臓病(　　)

脳卒中(　　) 喘　息(　　) その他　　)

4.体内に下記のものはありますか？（□はい　□いいえ）

□心臓ペースメーカー　□埋込型除細動器　□体内刺激電極　□人口内耳

□その他(具体的に　　)

5.飲酒・喫煙について

※お酒　□毎日飲む　□機会があれば飲む　□全く飲まない

一日に(□ビール　□日本酒　□ウイスキー)を(　　杯・本)

※たばこ　□吸う（1日に　　本）

□以前吸っていた（　　年間、一日　　本）

□吸わない

6.アレルギーについて

※アレルギー体質、アレルギー性の病気はありますか？（□はい　□いいえ）

□喘息　□花粉症　□食物アレルギー　□蕁麻疹　□花粉症

□アトピー性皮膚炎　□アレルギー性鼻炎　□その他(

※今までに薬を飲んで、蕁麻疹がでたり、アレルギーを起こした事がありますか？

□ある　→　何の薬ですか（　　）

□ない

7.女性の方にお尋ねします。

◇最後の月経はいつでしたか？（　　年　　月　　日）

◇現在妊娠の可能性はありますか？（□はい　□いいえ）

◇今までに妊娠したことがありますか？（□はい→出産　回　□いいえ）

8.最後に、当院に初めて来院・受診を決められたきっかけを教えてください。

□他病院よりの紹介(　　病院／　　科／　　医師)

□書籍・雑誌など　(書籍・雑誌名　　)

□インターネット

□その他　(　　)

＊その他ご要望があれば記入ください。

(　　)