

記入日： 令和 年 月 日



初診申込書兼問診票

当院記入欄	[保険ID]
	[自費ID]

ふりがな	明治・大正・昭和・平成・令和		才	男・女
氏名	年 月 日 生			
住所	〒			
	電話番号() -			
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. 体内に下記のものがありますか? (□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 (一日に 本)
□以前吸っていた (何年間、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ご記入ください。

[]