

# 問診票

ここで記入していただいた内容を、治療以外の目的で使用することはありません。

ふりがな		性別	男 女	生年	明治・大正・昭和・平成	
お名前		月日		年	月 日 ( 才	
ご住所	〒	電話番号	(	-	- )	
eメール		携帯電話	(	-	- )	
勤務先	社名	ご住所	電話番号	(	-	- )

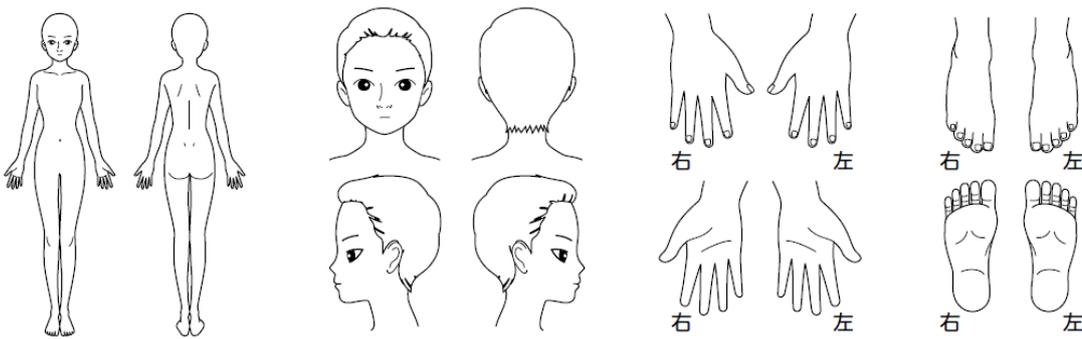
\* 当院をお選びいただいた理由についてお聞かせください。

- 知人、家族の紹介（ご紹介者のお名前 \_\_\_\_\_ 様）
- 家の近くだから  職場の近くだから  ホームページをみて  雑誌をみて
- 雰囲気によさそうだから  以前から当院長の診察・治療を受けていた
- 他医療機関の紹介  その他（ \_\_\_\_\_ ）

\* いつからどんな症状がありますか？

- 1) いつから：（ \_\_\_\_\_ 年、 \_\_\_\_\_ カ月、 \_\_\_\_\_ 週、 \_\_\_\_\_ 日）前から
- 2) 症 状：かゆい・カサカサする・痛い・水虫・いぼ・ほくろ・あざ・できもの・にきび・脱毛・白斑・美容関連（シミ・クスマ・しわ・タルミ・毛穴の開き） その他（ \_\_\_\_\_ ）

3) 部 位：（下の図に印を付けて下さい）



\* 本日の病状に関して、心配な事がありますか？是非聞いておきたいことがありますか？

( \_\_\_\_\_ )

\* 本日の症状に関して、今まで他院で治療を受けたことはありますか（はい・いいえ）

※「はい」の場合 受けたことのある方は、これまでに使用した薬、治療を分かる範囲内でご記入ください。

□薬・治療内容（ ）

**\* 今まで受けてきた治療について不満等ございましたら教えてください。**

当院ではより良い病院づくりのために接遇向上に取り組んでおります。皆様のご意見をお聞かせください。

□症状が改善しなかった □診断結果、治療方針に対する疑問、説明不足など

□待ち時間が長かった □受診できる時間帯に病院が開いていない □料金の説明がなかった

□医師、スタッフの対応が悪かった。 □特にはない。 □その他（ ）

**\* 今後の診察、治療に際して希望することはありますか？**

□病気のこと、治療方法について詳しく聞きたい □症状が落ち着くまでしっかりと治療したい

□応急処置のみ希望 □痛みに弱いので痛くない治療を希望

□特になし □その他（ ）

**\* お薬を処方する際、後発品（ジェネリック）を希望されますか？**

□希望する □希望しない □どちらでも良い

**\* 現在、他に治療中の病気はありますか（ はい ・ いいえ ）**

病名（ ） 病院名（ ）

**\* 今までに、どんな病気にかかったり、治療をうけたりしたことがありますか**

1. アトピー性皮膚炎 2. アレルギー性鼻炎（花粉症） 3. 喘息 4. 糖尿病 5. 心臓病

6. 高血圧 7. 胃潰瘍 8. 肝疾患 9. 腎疾患 10. 膠原病 11. 前立腺肥大

12. 緑内障 13. 輸血 14. 手術（ ） 15. その他（ ）

**\* 家族の方にアレルギー疾患はありますか**

1. アトピー性皮膚炎 2. アレルギー性鼻炎（花粉症） 3. 喘息 4. その他（ ）

**\* 薬、食べ物などでアレルギーなど、異常があったことはありますか**

（ ある ・ ない ） 薬、食べ物の名前（ ）

**\* 〈女性の方に〉現在、妊娠中ですか、またその可能性はありますか**

1. 現在妊娠している（ カ月） 2. 可能性あり 3. 可能性なし

**\* その他、お気づきの点がございましたらご記入下さい（ ）**