

# 【 問診用紙 】

ご記入日: 年 月 日

(ふりがな) 本人氏名	様			性別: 男 ・ 女
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成	年	月	日生 年齢: 歳
住所	〒 ※アパート・マンション等の方は建物名・号室もご記入下さい。			
連絡先	TEL:	携帯:		

## 【ご相談について】

◇ご相談の目的は何でしょうか。

◇症名は何でしょうか。

◇症状について

・いつ頃から症状がありますか。

・どのような症状でしょうか。

・今、お困りの症状は何でしょうか。(症状のあるものに 1点の記入をお願い致します)

- 痛み    だるさ    むくみ    一人で動けない    お腹が張る  
咳    息苦しさ    吐き気    吐くこと    食べられない  
不安    眠れない    その他( )

・痛みがある方にお聞きします。

痛みのある場所:

痛みの強さ: 軽い ・ 我慢できる痛み ・ 我慢できない

・現在、服薬中のお薬はありますか。(サプリメントなどすべて)

- いいえ ・ はい  
 (薬品名: )  
 (サプリメント: )  
 (その他: )

◇今まで受けられた治療について分かる範囲で教えて下さい。

・現在、受診されている病院名 :

主治医の先生 :

手術: ない・ある  
(手術日 内容 )  
抗がん剤治療: ない・ある  
(治療期間 内容 )  
放射線治療: ない・ある  
(治療期間 内容 )  
その他( )

◇日常生活について

食欲: あり・あまり食べられない(量: )・全く食欲ない  
排泄: 排便 ( ほぼ毎日 ・ 2~3日おき ・ 便秘気味 )  
排尿 ( 問題ない ・ 尿の出が悪い )  
睡眠 ( 良好 ・ 不眠 )

◇その他に今までにかかったことのある病気や現在治療中の病気はありますか。

いいえ ・ はい  
( 歳の時 病名: 治療中 ・ 治癒 )  
( 歳の時 病名: 治療中 ・ 治癒 )

◇今までに薬、食べ物、注射で発疹やじんま疹が出たり、気分が悪くなったことはありますか。

いいえ ・ はい ( )

◇家族構成 結婚…既・未・その他( )

子ども いる → [ 性別、年齢をご記入してください。 ]  
いない

女性の方へお聞きします。今、妊娠されてみえますか? している ・ していない

◇どなたからの紹介ですか。

知人からの紹介 (お名前: 様・間柄 )  
病院からの紹介 (病院名: )  
インターネット  
その他 ( )

◇クリニックまでの交通機関は、次のうちどれですか。

車 ・ バス ・ 電車 ・ 新幹線 ・ その他( )

◇クリニックまでの所要時間は? 分

◇船戸クリニックのホームページは見られましたか。

はい ・ いいえ

◇その他

ご協力ありがとうございます。

ご記入後、FAXまたは郵送にて返送をお願い致します。



【連絡先】

〒503-1382  
岐阜県養老郡養老町船附1344  
船戸クリニック相談窓口  
電話:0584-35-3335  
FAX:0584-35-3330