

# 成人用問診票

受診者氏名（ご受診される方のお名前をお書きください）

ふりがな

氏名：

生年月日：西暦 年 月 日 性別：（男・女）

職業／学校名：

住所：

連絡先：（携帯）： （自宅）：

1. どのようなことでお困りですか？また、それはいつ頃からですか？

**お困りのこと**（治療の見立てを行いますので、なるべく具体的にお書きください。）

**いつ頃からですか？きっかけはありましたか？**

（ ）歳頃から・きっかけ（ ）

2. 当院への希望

相談・検査・診断・治療・その他（ ）

**お薬による治療について**

必要なら使用したい・抵抗がある（理由： ）

3. これまでどこかで相談したことがありますか。その結果はどうでしたか？

4. これまでの病気と治療について当てはまる項目に○を付けてください

（当てはまる項目に○や数字をご記入ください）

てんかん・喘息・アトピー性皮膚炎・アレルギー性疾患・高血圧・糖尿病・過敏性腸炎・  
起立性調節障害・不安障害・適応障害・うつ・婦人科疾患・その他（ ）

**現在服用中の薬**（なし・あり：病名 薬剤名 ）

**入院歴**（なし・あり：病名 病院名 ）

**手術歴**（なし・あり：病名 病院名 ）

**現在の通院先**（なし・あり：病院／クリニック名 ）

**アレルギー**：食品（ ）・薬（ ）・その他（ ）

**運動習慣**（なし・あり：種類・頻度（ ）を1日 分位）

**お酒**（飲まない・飲む（毎日／機会があれば：（ ）を1日 ml位））

