

# 問診票

フリガナ \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_ ( 男・女 ) \_\_\_\_\_ (大・昭・平・令) 年 月 日生 才  
〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_

◆今日はどうされましたか？ いつからどんな症状があるか詳しくご記入ください。

◆現在内服中の薬がある場合は下記にご記入をお願い致します。

◆上咽頭擦過療法（B スポット療法、EAT）を目的に来院されましたか？（はい いいえ）

◆これまでに大きな病気、手術などをしたことがありますか？

・ない ・ある 結核・高血圧・低血圧・肝臓病（B/C 型肝炎）・腎臓病・糖尿病・メニエール病

突発性難聴・高コレステロール血症・その他（ \_\_\_\_\_ ）

（ \_\_\_\_\_ ）才のときに（ちくのう・耳・胃・盲腸・その他 \_\_\_\_\_ ）

◆これまでに注射やお薬、食べ物などで発疹が出たり気分が悪くなったことがありますか？

（いつごろ・なにで・どんな症状などご記入ください）

・ない ・ある

◆本人もしくは本人と血縁関係の方でアレルギー体質の方はいらっしゃいますか？

・いない ・いる（本人・兄・弟・姉・妹・父・母・子供（息子・娘））

・アレルギー・喘息・アトピー性皮膚炎・その他（ \_\_\_\_\_ ）

◆あなたの生活習慣についてお尋ねします。

・タバコは吸いますか？ ・吸わない ・吸う（1日 \_\_\_\_\_ 本） ・家族が吸う

・お酒は飲みますか？ ・飲まない ・飲む（どのくらい \_\_\_\_\_ ）

・ペットを飼っていますか？ ・いない ・いる（犬・猫・他 \_\_\_\_\_ ）

・体重 \_\_\_\_\_ kg

・現在妊娠していますか？ ・いいえ ・はい（妊娠 \_\_\_\_\_ 週）

・現在授乳中ですか？ ・いいえ ・はい（ \_\_\_\_\_ ケ月児に授乳中）

◆特に医師に伝えておきたい事がありましたらご記入ください。（例：胃薬が痛くなりやすいなど）

★新型コロナウイルス感染歴 ・なし ・あり（令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日）

新型コロナウイルスワクチン接種 ・未接種 ・接種済み（ \_\_\_\_\_ 回）