記入日：20　　年　　月　　日

初 診 申 込 書 兼 問 診 票

ふりがな		西暦 年　月　日生	才	男・女
氏名				
住所	〒 携帯（　　）　　－ 自宅（　　）　　－			
緊急連絡先	ふりがな （氏名）	続柄 （　　）	連絡先　（　　）　　－	
〔ご職業〕　〔趣味〕　〔身長〕　cm　〔体重〕　kg　〔血液型〕　型 *最近 6 か月で体重が（　　）kg 増えた･減った･変わらない ※ □ラジカル　□FACS　了承済み。				

*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？（　　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

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. 体内に下記のものはありますか？　（□はい　□いいえ）

□心臓ペースメーカー　ロ埋込型除紬動器　□体内刺激電極　□人口内耳
□その他（具体的に　　）

4.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　　）

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　　ロウイスキー）を（　　杯･本）

※たばこ　□吸う　（１日に　　本）

□以前吸っていた　（　　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.感染症について（既往歴）

□劇症肝炎　　□B 型肝炎　　□C 型肝炎　□梅毒

□その他（　　）

8.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）　□閉経

◇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）

9.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記入ください。

（　　）