

記入日:平成 年 月 日



初診申込書兼問診票

当院記入欄	[保険ID]
	[自費ID]

ふりがな		明治・大正・昭和・平成		才	男・女	
氏名		年	月			日生
住所	〒				電話番号( )	—
緊急連絡先	ふりがな	続柄	連絡先( )			—
	(氏名)					
[ご職業]	[趣味]	[身長]	cm	[体重]	kg	
* 最近6か月で体重が( )kg増えた・減った・変わらない						

※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。  
温熱療法      免疫治療      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下さい。

1.現在の病気について

※いつ、わかりましたか？(昭和・平成 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、病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

d、漢方薬を飲んでいますか？ (□はい □いいえ)

□ 漢方薬の名前 ( )  
□ わからない

2.次の病気と言われたことがありますか？

- |                                  |                              |                               |                                |                                     |
|----------------------------------|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 胃潰瘍     | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 肝臓病  | <input type="checkbox"/> 腎臓病   | <input type="checkbox"/> 心臓病        |
| <input type="checkbox"/> 喘息      | <input type="checkbox"/> 結核  | <input type="checkbox"/> 血液疾患 | <input type="checkbox"/> 網膜症   | <input type="checkbox"/> 神経症(ノイローゼ) |
| <input type="checkbox"/> リウマチ    | <input type="checkbox"/> 甲状腺 | <input type="checkbox"/> 膠原病  | <input type="checkbox"/> 老人性痴呆 | <input type="checkbox"/> 脳卒中        |
| <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                              |                               |                                |                                     |

3. 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( )

4. 体内に下記のものがありますか? (□はい □いいえ)

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

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 □ウイスキー)を( 杯・本)

※たばこ □吸う (一日に 本)  
□以前吸っていた ( 何年間、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. 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)

◇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)

8. 最後に、当院へのご来院は、どのようにしてお知りになりましたか?

□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ご記入下さい。

( )