

診察申込書

診察予定日 月 日 曜日

主治医 _____ 先生

ご本人	フリガナ	保護者氏名	フリガナ
	氏名		氏名
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 () 歳		性別 男 女	
住所(マンション名がある場合は、名前までご記入ください)			
〒			
自宅電話			
携帯電話			
勤務先			
〒			
会社名			
電話			
緊急連絡先			
〒			
緊急連絡先名			
電話			

高雄病院をお知りになりましたのはどちらからですか。(下記の項目に○を付けて下さい。)

ご紹介

1 ご家族 2 知人 3 他医療機関(名: _____)

インターネット

1 高雄病院ホームページ 2 高雄倶楽部ホームページ 3 その他(名: _____)

その他書籍・雑誌等

1 ドクター江部のアトピー学校 2 主食を抜けば糖尿病は良くなる 3 その他(_____)

問 診 表 ①

氏名 _____

明・大・昭・平 _____ 年 月 日生 身長 _____ cm 体重 _____ kg

① 今回診察を希望される症状は何ですか

② 上記の他に過去に治療を受けられていた又は、治療を受けている症状がありましたら
お書きください

③ 発症から現在までの症状の経過を簡単にお書きください

④ 現在もしくは過去に使用されていたお薬がありましたらお書きください

現在服用されている内服薬の種類は何種類ですか _____種類
(4週間以上続けて服用されているものだけ、記載して下さい。)

⑤ 下記に該当があればお書きください

_____ (病院 ・ 診療所) に (通院中 ・ 入院中)

_____ (病院 ・ 診療所) に (通院していた ・ 入院していた)

漢方治療の希望 (有 ・ 無)

入院治療の希望 (有 ・ 無)

※ 裏面もご記入ください

問 診 表 ②

該当するものに○、さらに症状や部位などを具体的に記入して下さい

氏名

- 全身 : 倦怠 痛み 痒み むくみ
- 精神 : 不眠 ねつきが悪い 途中で目覚める イライラ よく怒る びっくりしやすい
- 頭・顔 : 頭痛 めまい のぼせ ほてり(額 頬 後頭)
- 眼 : かすむ 耳 : 耳なり
- 鼻 : つまる 咽喉 : つまる感じ
- 口 : 乾く 粘る 苦い 冷たいものを飲む
- 頸 : こる つまる
- 胸 : 動悸 胸痛 圧迫 息切れ 咳 痰
- 肩・背 : 肩こり 背中が冷える ほてる 背中がこる
- みぞおち : つかえる 痛む
- 胃 : もたれる 痛む(食後空腹時) 胸やけ むかつき
- 腹 : 脹る 痛む
- 腰・腎 : 腰が痛む
- 大 便 : 日に 回 硬い 軟らかい
- 小 便 : 回数が多い少ない 量が多い少ない 夜間尿 回
- 四 肢 : 手が冷える ほてる(指尖手掌手背)
- : 足が冷える ほてる(指尖足底足背) 足がつる
- 月経 : 無 有(日毎に 日続く 量が多い 少ない)
- 症状が悪化する時間、季節、天候など :

薬剤アレルギー : 無 有

飲酒 : 無 有

喫煙 : 無 有(一日 本)

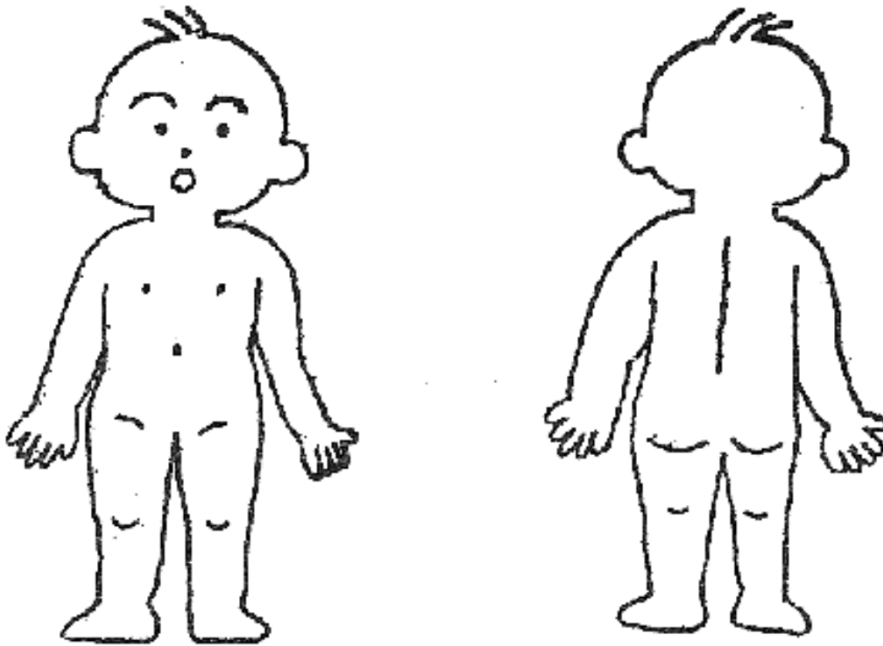
職歴(簡単で結構です) :

皮膚症状のある方はご記入ください。

氏名 _____

症状：アトピー性皮膚炎 じんましん ニキビ 白癬症 乾癬 その他()

- 皮膚症状の出ているところに色を塗ってください。
- 青色→カサカサしている 赤色→ジュクジュクしている



- ① いつ頃から症状が始まりましたか _____ 歳頃又は _____ 年前から
- ② 季節に関係がありますか 無 有(春夏秋冬)
- ③ アレルギー性の鼻炎、結膜炎又は、喘息症状は有りますか 無 有
- ④ アレルギー疾患の方にお聞きします。アレルゲンは何ですか。
大豆 米 小麦 卵 牛乳 ハウスダスト ダニ
その他()
- ⑤ 除去食をしていますか 無 有(種類)
- ⑥ 乳児の方へお聞きします。母乳ですか、人工栄養ですか
母乳 人工栄養
- ⑦ 今までにステロイド剤(副腎皮質ホルモン剤)を使用していましたか
無 有(品名)
いつ頃から塗っていましたか _____
いつまで塗っていましたか _____
今も塗っていますか いいえ はい(使用回数 週 回)