

診察申込書

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 二条駅前看板

4 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。またその経過をご記入ください。

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
ご記入ください。

③ 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

④ 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)

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) :