

# 診察申込書

医師 ( )

ご本人	フリガナ	保護者 氏名	フリガナ
	氏名		氏名  関係 ( )
生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 ( ) 歳		性別 男・女	
ご住所 (マンション名がある場合は、名前までご記入ください) 〒  電話 (自宅) (携帯) 職業 国籍 (日本国籍以外の方) *厚生労働省からの調査依頼がありますので、ご協力下さい。			
勤務先名 〒  電話			
緊急連絡先名		関係 ( )	
〒  電話			

## 【 オンライン資格確認等システム(マイナ保険証)の利用にご協力をお願いします 】

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
取得した情報は診療の範囲のみで活用し、当該利用目的以外には使用いたしません。  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。



## 問診票 ②

該当するものに○を記入して下さい。

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： 張る 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 ）	
現在、妊娠中又は授乳中ですか： はい いいえ	
症状が悪化する時間、季節、天候など：	
アレルギー： 薬剤 無 有 食物 無 有	
飲酒： 無 有	喫煙： 無 有（一日____本）

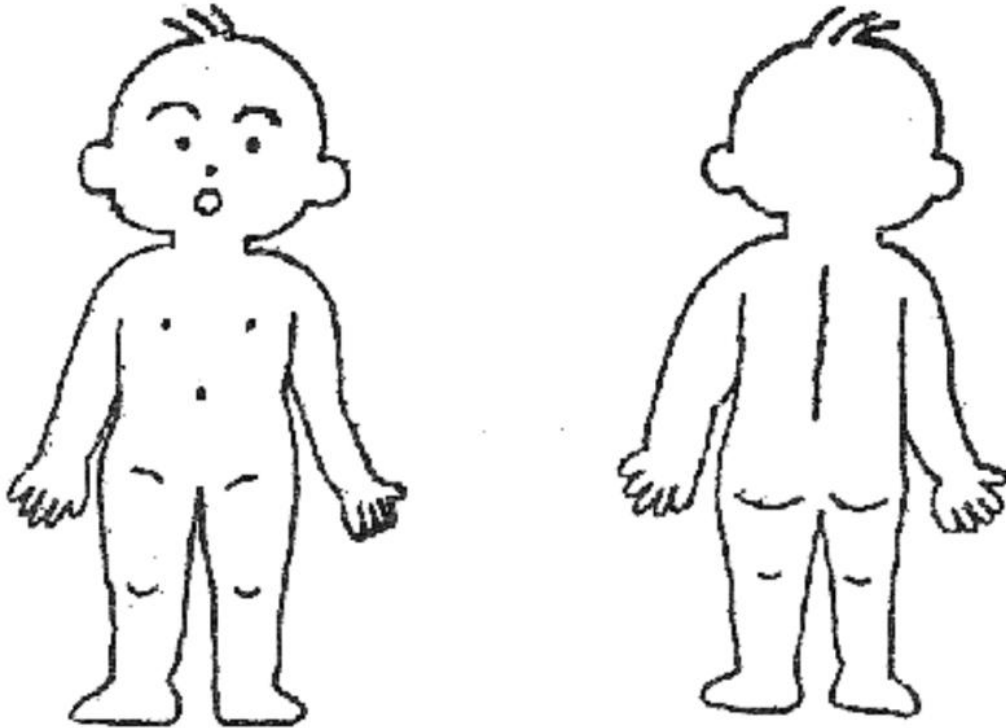
皮膚症状のある方はご記入ください。

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)