# あなたの体をもっと知るための問診票

年　月　日

治療がスムーズに行くために分かる範囲でご記入ください。

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ふりがな | | 男・女 | 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成・令和 | | | |
| 氏　名 | | | | 年　月　日（満　才） | | | |
| 住　所 | 〒 | | | | | | |
| 電　話 | －　　－ | | | （突然の休診などの連絡がつきやすい番号） | | | |
| 身　長 | cm | 体　重 | kg | 体　温 | ℃ | | |

〔1〕　WEB予約時の症状、内容に加え、付け足すことがあれば記入してください

（　　）

※上咽頭擦過治療（EAT、Bスポット治療）を受けたことがある
1．ある（＿＿回程度）　2．なし

※麻酔経験・歯科などでも
1．あり　2．なし

〔2〕現在、治療中・投薬中の病気がありますか?

1．いいえ　2．はい　（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

〔3〕今まで病気やけがで入院したことや手術を受けられたことがありますか?

1．いいえ　2．はい　（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

〔4〕お薬や食べ物でじんましんなどのアレルギーが出たことがありますか?

1．いいえ　2．はい　（具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

〔5〕飲酒・喫煙はありますか?

喫煙　1．いいえ　2．はい　（一日＿＿＿本くらい）

飲酒　1．いいえ　2時々飲む　3．毎日飲む　（一日＿＿＿合くらい）

〔6〕女性にお尋ねします。現在、妊娠の可能性はありますか。

1．いいえ　2．はい　3．わからない

出産回数　＿＿回、閉経　＿＿才

〔7〕 ◎当てはまるものを○で囲んで下さい（こちらは予約診察の方のみ）

■便通　・毎日　・2、3日ごと　・それ以上　・便秘薬あり

■食事　・和食中心　・洋食中心　・麺類やパンが好き

■睡眠　・ぐっすり　・良くない　・寝起き悪い　・夜間尿

■甘いもの、ジュース（野菜ジュース、ヨーグルト、乳酸菌飲料など含む）

毎日とる　週に数回　とらない

ここからはよろしければご協力ください。

〔8〕当院を知ったきっかけを教えて下さい

□知人・病院から（＿＿＿＿＿＿＿＿）様

□雑誌・新聞・テレビ　□ホームページ　□youtube

ご記入ありがとうございました。
内容は法令に基づき秘密を厳守いたします。

個人特定出来ないようにした状態で学会発表などでデータを使用させていただく場合があります。