

## 《問診票》

\*免許証・パスポート等に記載されている内容を正確に、住所は部屋番号までご記入ください\*

フリガナ

名前 様 [男・女]

住所(〒 - )

電話番号:

メールアドレス:

生年月日: T.S.H 年 年 月 日( )歳

職業:

●以下の質問に正確にお答えください。

・今までに手術や大きな病気、怪我をされたことがありますか？ (はい・いいえ)

手術・病気(例・盲腸18才 アトピー8才等)

怪我(例・右大腿骨骨折12才等)

・今までに麻酔(歯医者さんを含みます)の経験がありますか？ (はい・いいえ)

・また 麻酔で気分が悪くなったことがありますか？ (はい・いいえ)

・ご親族で麻酔により気分が悪くなった方がいますか？ (はい・いいえ)

・今までに金属・薬・食べ物・花粉・動物・ゴム等でアレルギーを

起こしたことがありますか？

「はい」の方へ 詳しくお書きください

(例・シルバー 杉 パイナップル 大豆 そば サバ カニ エビ 猫等)

・今までにぜんそくといわれたことがありますか？ (はい・いいえ)

「はい」の方へ 最後の発作はいつですか？ 才頃

・今までに血圧の異常(高い・低い)や不整脈、あるいは心臓の

病気といわれたことはありますか？

「はい」の方へ 詳しくお書きください

・今までに肝臓または腎臓の異常を指摘されたことがありますか？ (はい・いいえ)

「はい」の方へ 詳しくお書きください

・現在、治療中の病気(高脂血症・膠原病等)はありますか？ (はい・いいえ)

「はい」の方へ 詳しくお書きください

・現在、飲んでいる薬(漢方薬・市販薬含む)やサプリメントがありますか？ (はい・いいえ)

「はい」の方へ 全てお書きください

●女性の方に質問です

・現在、妊娠している可能性がありますか？ (はい・いいえ)

・現在、授乳中ですか？ (はい・いいえ)

問診票のご記入有難うございます。ご来院の際に、この問診票を受付までご提出下さい。

医療法人社団アリア アリア六本木クリニック

☎0120-995-929

<http://www.aria-clinic.com>