

アレルギー検査問診票

記入日 年 月 日

フリガナ

氏名 生年月日 年 月 日 (男・女)

住所:〒

電話番号:

Q. 当院をどのようにお知りになりましたか？

- 他院からの紹介 知人の紹介 () 様 ホームページ
 新聞の折込広告 当院の看板 その他 ()

Q. 今回、アレルギー検査をしようと思った経緯を教えてください。

()

Q. 以前にアレルギー検査をされたことがありますか？ はい いいえ

Q. 薬・注射・食物アレルギーを起こした事がありますか。 はい いいえ

それはどんな薬剤または食べ物ですか。 ()

Q. 喘息、じんましん、花粉症などのアレルギー性疾患にかかったことがありますか。 はい いいえ

※『はい』と答えた方は、何の病気か教えてください。()

Q. 現在、使用している薬がありますか。 はい いいえ

※『はい』と答えた方は、薬の名前をお書きください。()

Q. タバコは吸われますか？ はい いいえ

※『はい』と答えた方は、本数等も教えてください (本/日 × 年間)

Q. 定期的に健康診断、人間ドックを受診されていますか？ はい いいえ

Q. 現在、治療中の疾患はありますか？ はい いいえ

※『はい』と答えた方は、下記から

- 糖尿病 高血圧 脂質異常症 (高コレステロール血症) 高尿酸血症
 肥満症 肝機能障害

Q. ご質問、ご希望がありました事前に教えてください

()

ご協力ありがとうございました

日暮里内科・糖尿病内科クリニック