

ホリスティッククリニック横浜 問診票

平成 年 月 日

フリガナ	
氏名	男・女 血液型 (型)
住所 〒	
日中連絡のつく電話番号	e-mail:
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 (歳)
ご職業	(未婚 ・ 既婚)
身長 c m	体重 k g

1. 現在、お困りの症状はなんですか

2. その症状はいつ頃から続いていますか

3. 今までにかかった病気を教えてください

病名

いつ頃、その病気がわかりましたか

受けられてきた治療はありますか (現在含む)

現在、飲み薬 (漢方薬、サプリメントも含む) や注射・点滴の治療を定期的に受けられていますか
 いいえ はい (内容)

4. 次の病気と言われたことがありますか (該当するものに○をつけてください)

胃潰瘍 糖尿病 肝臓病 腎臓病 心臓病 喘息 結核 血液疾患 網膜症
 神経症 自己免疫疾患 (リウマチ・甲状腺疾患など) 老人性痴呆 脳卒中
 その他 ()

5. 輸血をされたことがありますか

いいえ はい (いつ 年)

6. 家族や血縁の方に次のような病気があれば () 内に続柄をお書きください

がんや悪性の病気 (誰が : 何の :)
 (誰が : 何の :)

高血圧 () 糖尿病 () 肝炎 ()

心臓病 () 喘息 () 脳卒中 ()

その他 ()

7. 飲酒・喫煙について

お酒 (毎日飲む ・ 機会があれば飲む ・ 全く飲まない)

たばこ 吸わない 吸う (1日 本)

以前吸っていた (年間 1日 本)

8. アレルギーについて

今までに薬を飲んでじんましんが出たり、アレルギーを起こしたことがありますか
ない ある (何の薬で)

アレルギー性の病気がありますか

いいえ はい

喘息 ・ 花粉症 ・ 食物アレルギーなど ()

今までに内服薬や注射で気分が悪くなったことがありますか

いいえ はい (内容)

9. 食事について

最後に食べたのはいつごろですか

何を ()

何時頃 ()

10. 排泄について

尿 (日中 回/日 、 夜間 回/日)

便 (回/ 日)

11. 睡眠について

寝る時間 時 起きる時間 時

熟眠感はある ない

睡眠薬は飲んでいきますか ない ある (薬名)

*****アンケート*****

ホリスティッククリニック横浜をどのようにしてお知りになりましたか？

知人の紹介 (紹介者名:)

セミナー (セミナー名:)

ウェブサイト (HP facebook ブログ 看板)

その他 ()