

問診表

お名前		フリガナ	
性別	男性 / 女性	生年月日	(西暦) 年 月 日
ご住所			
ご自宅の電話番号		ホームドクター	
同居のご家族	配偶者またはパートナー	子供 人	/ 単身赴任
ご職業		お勤め先の電話番号	
医療保険会社 (Ziekenfonds)		保険番号 (Verzekering nr.)	

症状について:

- 主にどのような症状でお困りですか？

- いつごろからその症状は始まったでしょうか？

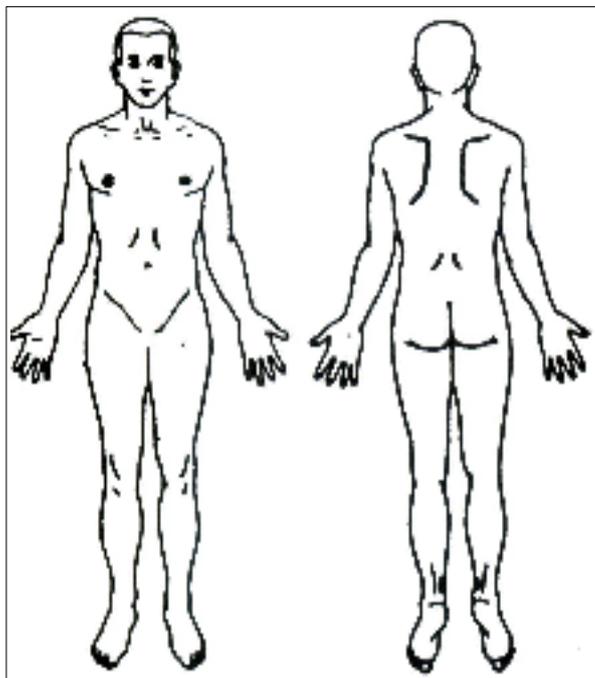
- 以下のどのような状況で症状が和らいだり重くなったりしますか？
(季節、高気温、低気温、湿気、乾燥、風にあたったとき、夜、日中、体を動かしたとき/後、指で押したとき、座っているとき、横になっているとき等)

- ホームドクター、または他の治療室に行かれましたか？ はい / いいえ
はいと答えられた方へ→どのような治療を受けられましたか？

- 症状に対して 薬、ハーブ、サプリメント、ホメオパシーの治療薬などを服用していますか？

(1日 回服用)

- 下の図でこりや痛み、不調を感じる部分に斜線で印をつけてください。



- 下記のうち慢性的な症状に ◎ 印を、過去にかかったことのある症状に ○ 印をつけてください。

頭部

頭痛
偏頭痛
その他:

目・耳

眼鏡またはコンタクトレンズ使用
めまい、耳鳴り
その他:

鼻

鼻水
鼻づまり
鼻血
その他:

歯

虫歯
歯茎からの出血
その他:

のど

のどの痛み
ものを飲み込むのが難しい
声がかれる
その他:

骨格・筋肉・関節

首、肩、うで、指などの痛み
痛む箇所:
背中、腰の痛み
痛む箇所:
関節の痛み
痛む箇所:
痙攣・ひきつり
おこる部分:
その他:

リンパ腺

リンパ腺の腫れ・むくみ
おこる部分:
あざがでやすい
傷のなおりが悪い
その他:

尿路

腎臓 病名:
膀胱 病名:
尿切れが悪い
その他:

呼吸器系・心臓・血液循環

吐き気
息切れ
せき
胸部の痛み
動悸
不整脈
高血圧
低血圧
その他:

消化器系

げっぷ
胃痛 / 胸焼け
吐き気
嘔吐
下痢
便秘
受け付けない食べ物:
その他:

- 手術を受けたことがありますか？ いつ、どの病気または症状のために受けられましたか？

- 先天性の病気、障害をおもちですか？

- ペースメーカーなど人工移植を受けたことがありますか？

- ぜんそく、ジンマシン、ヘルペス、トキソプラズマ症、伝染性単核球症にかかっていますか、または過去にかかったことがありますか？

- 他に治療、リハビリなどを受けていますか？

- アレルギーをおもちですか？

