

問診票

ID _____

フリガナ _____

平成 年 月 日

お名前 _____ 男・女

生年月日： 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)

住所：〒 _____

TEL () 携帯 _____

体重： _____ kg (お薬の量を決めるのに必要です。小児のみ記入して下さい。)

●本日の受診に関してお聞きします。

1, 今日の症状を簡単に記入して下さい。 (体温： 度 分)

()

2, その症状が出てからどのような対処をしましたか？

- ・ 薬を飲んでいる ・ はい (薬名： _____) ・ いいえ
- ・ 他院を受診した ・ はい _____ ・ いいえ
- ・ その他 (_____)

3, 現在、服用中の薬はありますか？

()

4, 薬のアレルギー ・ ある (薬の名前： _____) ・ ない

5, 喫煙 ・ ある (本/日) ・ なし

飲酒 ・ ある (種類： _____ ・ 週 回) ・ なし

6, 女性の方にお聞きします。

- ・ 現在妊娠中・または妊娠している可能性 ・ ある (ヶ月目) ・ なし
- ・ 授乳中 ・ はい _____ ・ いいえ

7, 今までに大きな手術を受けた事や既往歴はありますか？

()

8, 当院にかかっているご家族の方はいらっしゃいますか？

- ・ はい (お名前： _____ 様) ・ いいえ