

問診表

令和 年 月 日

フリガナ

- 氏名 () ●性別 (男 ・ 女)
●生年月日 (大正・昭和・平成・令和 年 月 日) (才)
●郵便番号 (〒 -)
●住所 _____
●自宅TEL () ●携帯TEL ()
●本日の症状はいつ頃から、どのような状態ですか? できるだけ具体的に教えてください
[]
●発熱は? なし ・ あり (°C)

① 体重 (kg) ※12歳以下の方はお答え下さい

② アレルギー (薬・食物・花粉など) はありますか? ない ・ ある

「ある」と答えた方、何に対してアレルギーを起こしたことがあるかご記入下さい

()

③ 本日の内容以外で、現在通院中の医療機関はありますか? いいえ ・ はい

「はい」と答えた方、ご記入下さい。処方内容は内服薬・外用薬関係なく全て教えてください。

※お薬手帳をお持ちの方は受付へ提出し記入は省略して下さい

(医療機関:) (病名:)

(処方内容:)

④ 本日受診された内容に対し、他の医療機関へ受診されたことはありますか? いいえ ・ はい

「はい」と答えた方、処方内容を内服薬・外用薬関係なく全てご記入下さい。

※お薬手帳をお持ちの方は受付へ提出し記入は省略して下さい

(処方内容:)

※処方内容がわからない場合、当院からの処方ができないことがあります

⑤ 薬や注射で副作用がでたことがありますか? いいえ ・ はい (薬名)

⑥ 過去に大きな病気や手術を受けたことはありますか? いいえ ・ はい

「はい」と答えた方、ご記入下さい。

[いつごろ・病名・手術名]

※女性の方のみお答えください。

・現在妊娠していますか? (はい → 週目 ・ いいえ ・ 可能性はある)

・現在授乳中ですか? (はい ・ いいえ)

●ご紹介で来院された方は紹介者様のお名前をお願いします ()

●当院からダイレクトメール (花粉症・予防接種等のご案内) を送らせていただいていたよろしいでしょうか?
(はい・いいえ)