

問診表

令和 年 月 日

ふりがな			男	大・昭・平・令		年	月
お名前			女	年齢	歳	職業	
ご住所	〒 -				電話		
					()		
					携帯電話		
体重 (12歳以下) kg		体温 °C (熱のある方)		()			
(女性の方のみ)		妊娠していない		妊娠している (		週目)	授乳中

Q.現在飲んでいるお薬はありますか？

薬手帳持参 あり・なし 服用あり () 服用なし

Q.副作用のある薬はありますか？(注射・歯科の麻酔なども含む)

ない ある 薬品名：

症状： 発疹 喘息発作 気分不良 おう吐 意識消失・ショック状態
その他 ()

Q.(小学生以下のみ)処方される薬剤の希望する剤形があれば教えてください。

粉薬 錠剤 カプセル

Q.これまでに治療したことのある病気があれば教えてください。

中耳炎 難聴 めまい 耳鳴 副鼻腔炎(ちくのう) 花粉症 アトピー性皮膚炎
喘息 胃潰瘍 高血圧 狭心症 心筋梗塞 不整脈 糖尿病 痛風
緑内障 前立腺肥大 腎臓病 肝炎(B型・C型) HIV 結核
うつ病 心身症 統合失調症 パニック障害などの精神疾患
その他()
手術を受けたことがある(時期： 手術名：)

Q.当院を受診されたきっかけを教えてください。

①家族・知人・友人のすすめ ②地元 ③通勤・通学先 ④当院HP ⑤看板
⑥他院からの紹介 ⑦その他 ()

Q.本日はどうなさいましたか？

※個人情報保護法に基づき御記入頂いた個人情報は診療以外には使用致しません。