

# 問 診 票

ID: \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_ 電話番号: \_\_\_\_\_ (携帯)

住所: \_\_\_\_\_

ふりがな

氏名: \_\_\_\_\_ (男 ・ 女)

生年月日: 大・昭・平・令 年 月 日 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

当院に初めてかかる方は上記の項目を必ずご記入ください。

(15歳以下の方は体重を必ずご記入ください)

◇ 体 重 \_\_\_\_\_ Kg 体 温 \_\_\_\_\_ °C

◇ 本日はいつ頃からどのような症状でお困りですか。詳しくご記入お願いいたします。

[ \_\_\_\_\_ ]

※ 上記の症状で他の病院で診察を受けましたか (うけた ・ うけない)  
『うけた』と答えた方…わかれば病院名・治療内容をお書きください。

[ \_\_\_\_\_ ]

◇ 今までに薬・注射・食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか。(はい ・ いいえ)  
『はい』と答えた方…わかれば薬剤名・食べ物の名前をお書きください。

[ \_\_\_\_\_ ]

◇ 現在治療中の病気はありますか。 (ある ・ ない)  
 高血圧  糖尿病  喘息  緑内障  その他( \_\_\_\_\_ )◇ 今現在、使用(服用)しているお薬はありますか (ある ・ ない)  
『ある』と答えた方…わかれば薬剤名をお書きください。

[ \_\_\_\_\_ ]

※本日お薬手帳  持参(問診表と一緒に受付へお出し下さい) ・  忘れ◆ お子様のみお答えください。  
お薬について (錠剤希望 ・ 粉希望 ・ シロップ希望)  
登園・登校について ( \_\_\_\_\_ 保育園) ( \_\_\_\_\_ 幼稚園) ( \_\_\_\_\_ 学校) ・ なし◆ 女性の方のみお答えください。  
妊娠中ですか はい( \_\_\_\_\_ 週) ・ いいえ  
授乳中ですか はい( \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_ ヶ月児) ・ いいえ◇ 当院をどのように知りましたか。  
 知人の紹介  インターネット  通りがかり  自宅が近く  職場が近く  
 その他( \_\_\_\_\_ )

記入が済みましたら受付にお出しください。ご協力ありがとうございました。