

問診票

(初・再)

ふりがな

氏名 : _____ (男・女)

〒 -

住所 : _____

携帯・自宅電話番号 : _____ ()

(必ずご記入下さい)

生年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 : _____ 歳
(小児のみ 体重 : _____ kg)

◆ 今日はどうされましたか？

体温 _____ °C / 平熱 _____ °C

- | | |
|------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 診察・薬希望 | <input type="checkbox"/> その他検査希望 () |
| <input type="checkbox"/> 漢方薬希望 | <input type="checkbox"/> 自費注射・点滴がしたい () |
| <input type="checkbox"/> 血液検査がしたい | <input type="checkbox"/> 診断書希望 () |
| <input type="checkbox"/> 健診結果の相談・再検査がしたい | <input type="checkbox"/> その他 () |

◆ 症状があるものに記入ください

発熱・のどの痛み・鼻水・せき、たん・頭痛・腹痛・嘔吐、吐き気・下痢
頻尿、残尿感、排尿痛 (診察前に検尿がありますので、受付でカップを受け取って下さい)

〔 その他の症状・ご相談内容 〕

*いつからですか ()

◆ 新型コロナワクチン接種歴 (1回・2回・3回・4回 / なし)

◆ 処方

-
- 薬はいらない
-
-
- 漢方薬のみ希望

◆ 現在服用している薬はありますか (はい・いいえ)

-
- 別の医院処方薬
-
- 市販薬

* お薬手帳をお持ちの方は問診票と一緒にご提出下さい。

◆ 今までに薬・注射・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・・・分かれれば薬剤名 ()

◆ 女性の方のみお答えください

妊娠中ですか (はい・いいえ) 授乳中ですか (はい・いいえ)

◆◆◆以下初診の方のみご記入下さい◆◆◆

◇ 下記の病気にかかったことはありますか(該当するものに○をつけて下さい)

糖尿病	喘息	高血圧	脳梗塞	胃潰瘍	前立腺肥大
緑内障	肝炎	不整脈	アトピー	熱性けいれん	

* その他に大きな病気・手術の経験はありますか (はい・いいえ)

『はい』と答えた方・・・分かれれば病名・治療内容 ()

◇ タバコは吸いますか 吸わない 吸う (一日 本ほど)

◇ お酒は飲みますか 飲まない 飲む (一日 mlほど)

◇ 当院をどのようにしてお知りになりましたか？ (複数回答可)

ホームページ	看板	チラシ	家族・知人の紹介	他院からの紹介
近所	職場に近い		電柱広告	その他()

ご記入が済みましたら、受付にお出してください。ご協力ありがとうございました。