

問診票

平成 年 月 日

ふりがな

氏名

性別 男・女

生年月日 大・昭・平 年 月 日 ()歳

住所 〒 —

電話番号() — 携帯 —

1. どうなさいましたか？

①かぜ症状 ②腹痛 ③胸痛

④健診で再検査

⑤他院からの紹介受診 (病院・医院)

⑥その他(

※いつからですか？(日ぐらい前から)

※具体的にどのような症状ですか？

()

2. 今飲んでいる薬はありますか？ はい いいえ

お薬手帳を持ってきていますか はい いいえ

3. 薬や食べ物で発疹やアレルギーが出たことがありますか？ はい いいえ

(薬剤名:)

(食べ物:)

(そのほか:)

4. 今までに大きな病気にかかれたことがありますか？ ある ない

ある場合 病名(

5. 女性の方にお尋ねします。

①現在妊娠の可能性はありますか？ はい いいえ

②現在授乳中ですか？ はい いいえ