

問 診 票

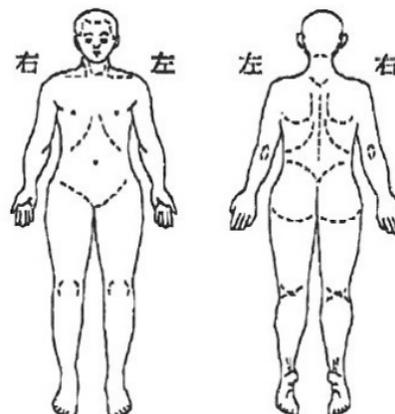
わかる範囲でお書きください。

フリガナ お名前		性別	生年月日
		男・女	明・大・昭・平成 年 月 日(才)
住所	〒		
携帯電話	()		
自宅電話	()		

① いつ頃から、どのような症状でしたか

いつ頃から

どのような症状ですか



② その症状について他の医療機関に受診されましたか ・はい ・いいえ

③ 現在飲んでいるお薬はありますか（最近まで飲んでいたお薬はありますか）

・はい ・いいえ 『はい』の方は具体的にお薬の名前をお書きください

()

④ 過去に大きな病気で入院や手術をしたことがありますか

・はい ・いいえ 『はい』の方は病名等をお書きください

()

⑤ アレルギーはありますか

・はい ・いいえ 『はい』の方はその種類等をお書きください

()

⑥ 今まで飲み薬や注射で、身体がかゆくなったり、湿疹が出たり、気分が悪くなった事がありますか ・はい ・いいえ 『はい』の方は具体的にお書きください

()

⑦ お酒は飲めますか ・はい ・いいえ

『はい』の方は お酒 週 回 合

⑧ タバコは吸われますか ・はい ・いいえ

『はい』の方は タバコ 1日 本 年間

⑨ 現在妊娠中またはその可能性がありますか（女性の方） ・はい ・いいえ

⑩ 院外処方を希望されますか ・はい ・いいえ ・どちらでも

(ジェネリック医薬品をご希望の場合は、院外処方をお選びください。)

⑪ どのようにして当院をお知りになりましたか

・ホームページを見た ・雑誌で見た ・勤務先が近い ・ご自宅が近い

・ご紹介() ・その他()