

問診票

ふりがな		男	生年月日			
お名前		・ 女	大・昭・平 年 月 日 (才)			
			お子様の場合	身長	cm	体重
ご住所	(〒 -)					
連絡先	自宅:	薬の剤形希望 ありますか?	錠剤	粉薬	シロップ	漢方
	携帯:					

- ① 今日はどうされましたか？ いつからどのような症状かお書きください。
- ② 現在別の病気で、他の病院にかかられていますか？
 いいえ はい (病院 (医院) に でかかっています)
- ③ 現在または今までにかかった病気があれば下記に○をしてください。
 高血圧 高脂血症 糖尿病 心臓病 脳卒中 ぜんそく 肝臓病 がん
 その他 ()
 手術を受けたことはありますか？ あれば何才の時に何の手術を受けたかお書きください。
 ない ある ()
- ④ 現在飲まれている薬はありますか？
 ない ある () お薬手帳参照 有り 無し
- ⑤ 今までに、飲み薬や注射でアレルギーが出たことはありますか？
 ない ある：薬品 ()
- ⑥ アレルギー体質と言われたことはありますか？ はい いいえ
- ⑦ 女性の方にお伺いします。
 現在妊娠中ですか？ はい いいえ
- ⑧ どのように当院をお知りになりましたか？
 近所だから 友人・知人の紹介 (ご紹介者:) ホームページを見て
 チラシを見て タウンページを見て その他 ()
- ⑨ クリニックからのお知らせを郵送してもよろしいでしょうか？ はい いいえ