

問診票

年 月 日

ふりがな

お名前 _____ (男・女) 生年月日 _____ 年 月 日 歳

住所 〒 _____

自宅 Tel _____ () 携帯 Tel _____ ()

- ▷ 今日どのような症状でご来院されましたか。また、その症状はいつ頃から始まりましたか。
 咳 (日前から) ・鼻水 (日前から) ・発熱 (度、いつから)
 発疹・アレルギー症状・その他 ()

当院での体温
°C

- ▷ 過去にかかった病気、現在治療中の病気はありますか？(盲腸、帝王切開を含む)
 また、それはいつ頃ですか？

- ▷ 現在服用中のお薬はありますか？お薬手帳をお持ちの方は受付にお渡し下さい。

- ▷ これまでに注射や薬で発疹やじんま疹が出たり、気分が悪くなった事がありますか。
いいえ はい (具体的に)

- ▷ 食べ物やハウスダスト、動物等にアレルギーはありますか。
いいえ はい (具体的に)

- ▷ 嗜好品について

アルコール：飲まない

飲む (本) を1日 (本) くらい

タバコ：吸ったことはない

以前吸っていた (本) 歳まで1日 (本) くらい

現在吸っている (1日 (本) 本くらいを (年) 年間)

- ▷ ご家族に以下の方がおられますか。

喫煙される方 (なし・あり) アレルギー体質 けいれん 糖尿病 結核 肝炎 遺伝性疾患

その他 ()

父・母・祖父・祖母・兄・弟・姉・妹・同居人・その他 ()

- ▷ 女性の方にお聞きします

月経：規則的 不規則 (閉経 歳)

妊娠中ですか？ はい・いいえ 授乳中ですか？ はい・いいえ

- ▷ ご来院されたきっかけは何ですか。

近くに住んでいる 家族が通っている 知人のすすめで・口コミ

広告、本でみた インターネット その他 ()