

問診票

フリガナ				大・昭	年	月	日	性別	男・女
氏名	様	生年月日	平・令						
住所	〒 —								
電話番号	— —			お子様の 体重	kg				

(1) 今日はどんな症状で受診されましたか？ それはいつからですか？
(2) 薬剤アレルギーはありますか？ はい (何の?) ・ いいえ
(3) 食物アレルギー・その他のアレルギーはありますか？ はい (何の?) ・ いいえ
(4) 女性の方にお聞きします。現在妊娠している可能性はありますか？ はい ・ いいえ ・ 授乳中
(5) 今までにかかれた病気はありますか？ はい ・ いいえ → 「はい」と答えられた方は該当のものに丸をつけてください。 糖尿病・心臓病・高血圧・喘息・リウマチ・肝炎・その他()
(6) 今までに手術を受けられたことはありますか？ はい ・ いいえ → 「はい」と答えられた方は下記ご記入ください。 (いつ?) (どんな?)
(7) 現在、通院されていますか？ はい ・ いいえ → 「はい」と答えられた方は下記ご記入ください。 (病院名) (病名) (薬剤名) お薬手帳持参の方は診察室で提出してください。
(8) 嗜好品についてお尋ねします タバコ: 吸う1日()本 ・ 吸わない ・ やめた () 年前) 酒類: 飲む1日 () を () 位) ・ 飲まない ・ やめた ()
(9) 診察券について ・ 紙の診察券を希望する。 ・ デジタル診察券を希望する (スマートフォンアプリ) 後日の変更も可能です。

問診は以上です。診察直前の飲食は控えていただくようお願いいたします。