

〈問診票〉

受診日時

年

月

日

※円滑な診察の為に協力ください。

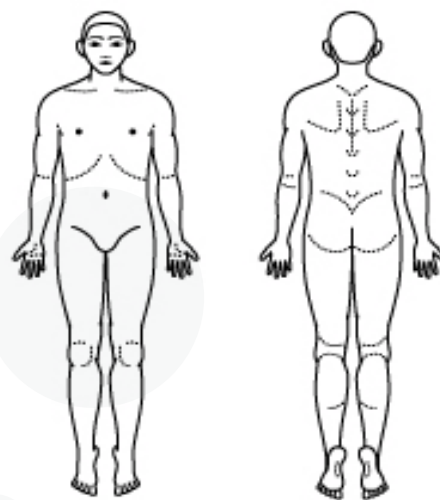
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年	月	日	年齢	歳	性別	男・女
フリガナ					身長	cm	体重	kg
氏名					電話	-	-	
住所	〒				携帯	-	-	
職業 (具体的に)								

1. 今回受診された理由 (症状及び経過)、使用した薬をご記入ください。

[ ]

その症状はいつ頃から始まりましたか。

[ ]



病気の部位に○してください

●どのように変化しましたか。 ①ひどくなった ②変わらない ③良くなってきている

2. 今までかかった病気をご記入下さい。

3. 現在治療中の病気、及び薬の名前をお書き下さい。(お薬手帳をお持ちの方は提出して頂ければ結構です。)

4. アレルギー性の病気になったことはありますか。(○をつけて下さい)

アトピー性皮膚炎 ・ じんましん ・ 喘息 ・ アレルギー性鼻炎、結膜炎等

5. 薬によるアレルギーはありますか。

ある (薬の名前 ) ・ ない

6. 妊娠していますか。 いる (出産予定 年 月 日) ・ 近々希望 ・ いない

7. 授乳中ですか。 ( はい ・ いいえ )

8. 当院をどこでお知りになりましたか? 看板 ・ チラシ ・ インターネット

病院からの紹介 ( ) ・ 知人、家族 (紹介者 ) ・ 薬局 ・ その他 ( )

9. 特別に診断前に知らせておきたい事があればご記入下さい。

待合室で問診を確認させていただくことがありますが、別室をご希望の方は受付にお声掛けください。