

記入日 年 月 日

問 診 票

ID _____

| | |
|--|--------------|
| ふりがな 氏 名 | 性別 (男 ・ 女) |
| 生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 | 年齢 歳 |
| 住 所 〒 | |
| 電話番号 () — | 携帯番号 — — |
| ※子供さんで 40 k g 以下なら、投薬の判断に必要ですので体重を記入お願いします。 _____ Kg | |

- 1) 本日はどのような症状で来院されましたか? (あてはまるもの全てに○印をおつけ下さい。)
- *鼻、のどの症状 ⇒ [咳、 のど痛、 鼻水、 鼻づまり、 痰、 声がれ、 ゼェーゼェー]
 - *おなかの症状 ⇒ [下痢、 吐き気、 腹痛]
 - *尿の症状 ⇒ [残尿感、 排尿時痛、 何回もおしっこに行く] ※尿検査があります
 - *全身の症状 ⇒ [発熱 _____ °C、 体のだるさ] ※体温計をお渡しします
 - *その他の症状 ⇒ [頭痛、 関節痛、 胸痛、 めまい、 発疹、 その他 _____]

～初診の方にお聞きします～

- 2) 現在、他の病院・医院で治療中の病気はありますか?
- ・いいえ ・はい [病名: _____]
[お薬: _____]
- 3) 今までに、入院や長期通院をした病気はありますか?
- ・いいえ ・はい [病名: _____]
- 4) 薬や食べ物で、気分が悪くなったりアレルギー反応は出ましたか?
- ・いいえ ・はい [食べ物: _____]
[お薬名: _____]
- 5) タバコや、お酒について
- * タバコ ・吸わない ・吸う _____ 本/日 ・喫煙歴 _____ 年
 - * お酒 ・飲まない ・飲む ・週 _____ 回

～女性の方にかがいます～

- * 現在妊娠されていますか? ・いいえ ・はい
- * 現在授乳中ですか? ・いいえ ・はい

～当医院をお知りになったきっかけは何ですか?～

- * 知人の紹介・インターネット・電話帳・折り込み広告
- その他 ()

| |
|-----------|
| ～ 医師使用欄 ～ |
|-----------|

ご記入、ご協力ありがとうございました。