

一 般 問 診

ふりがな		男・女	明・大・昭・平・令
お名前			年 月 日生
			体重(13歳未満の方) kg
ご住所	〒		電話番号

①当院をお知りになったきっかけは何ですか？（複数回答可）

*ご家族の紹介 *知人の紹介()様 *医療機関からの紹介 *近所(または通りがかり)
 *地下鉄広告 *電柱看板 *当院ホームページ *Google Map *iタウンページ
 *医療系サイト【 EPARK・病院ナビ・お医者さんガイド・NAVITIMEナビタイム・Calooカルー・
 ドクターズファイル・病院検索ホスピタ・ウィメンズパーク・その他_____】

②今日はどうされましたか？

③いつごろからですか？

④今回の症状でほかの病院で処方されたお薬がありますか？【 *ある *ない 】

あるの方はお薬名を→

⑤今までに下記のような病気にかかったことはありますか？【 *ある *ない 】

あるの方は以下に○をつけて下さい。 下記以外の病気や手術歴のある方は*その他にご記入下さい。

*ぜんそく *高血圧 *心臓病 *肝臓病 *糖尿病 *胃潰瘍 *貧血 *緑内障
 *前立腺肥大 *アトピー性皮膚炎 *結核 *腎臓病(透析はしていますか？ ・はい ・いいえ)
 *じんましん *卵アレルギー *その他

⑥いつも飲んでいるお薬がありますか？【 *ある *ない 】

ある場合はお薬手帳などお出しください。 お薬手帳などが無い方はわかる範囲で記入ください。

⑦お薬や食べ物で副作用がでたことがありますか？【 *ある *ない 】

ある場合は薬名・食べ物を記入してください。

⑧お薬について 錠剤・粉薬 苦手な方は記入ください。【 *粉薬ダメ *錠剤ダメ 】

⑨タバコを吸いますか？(以前吸っていた)【 はい→1日 本 喫煙歴 年 ・ いいえ 】

⑩女性の方のみ： 妊娠中ですか？【 *はい→現在 週目 ・ *可能性がある ・ *いいえ 】

⑪女性の方のみ： 授乳中ですか？【 *はい *いいえ 】

⑫その他： ご希望・ご質問などがございましたらご記入ください。

(例：授乳中のためお薬の相談がしたい・眠気の少ない薬が希望 など)

*問診のお答えに虚偽の記載があった場合は、健康が著しく害することがあります。ご注意ください。