

一般問診票

* **必ず**(はい・いいえ)に ○をしてください!

ふりがな		男・女	明・大・昭・平
御名前			年 月 日生
			体重(13歳未満の方のみ) Kg

↓初診の方のみご記入ください。

御住所	〒	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)

ご家族からのご紹介・知人からのご紹介・医療機関からのご紹介・近所(もしくは通りがかり)看板・電柱看板・タウンページ・当院ホームページ・当院以外のホームページ
その他()

② 今日は、どうされました?

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)

ある場合は、薬の名前もしくは内容を記入して下さい。

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)

ある方は、その病気に○をつけて下さい。下記以外の病気や手術の場合は、(その他)にご記入ください。

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 じんましん 卵アレルギー 結核 腎臓病(=透析はしていますか? はい・いいえ)

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、お薬手帳等 お持ちの方はお出してください。ない方は、わかる範囲で下記に記入ください。

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 が苦手な方は、ご記入ください。(粉薬ダメ・錠剤ダメ)

⑨ たばこを吸いますか?(以前吸っていましたか?)(はい:1日 本喫煙歴 年・いいえ)

⑩ 女性の方のみお答えください。妊娠中ですか?(はい 現在 週目・可能性がある・いいえ)

→上記で「はい」と答えた方のみお答え下さい。出産予定日はいつ頃ですか?(年 月頃)

⑪ 女性の方のみお答えください。授乳中ですか?(はい・いいえ)

⑫ その他 ご希望・ご質問等がございましたら、ご記入ください。

(例:授乳中なのでお薬の相談をしたい・仕事をしているので眠気の少ない薬がほしいなど..)

※ 当院は、お薬を院内でお渡ししています。院外をご希望の方は、受付時にお申し出ください。

* 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。