

問診票(裏面もご記入下さい)

	記入日 令和				年	月	日
フリガナ	Sex			Age			
名前 Name	(女 F・男 M)			年齢			
Date of Birth	A.D.	year	month	day	Height	BW	
生年月日 (T/S/H/R)	年	月	日	身長	cm	体重	kg
Home address							
住所 〒							
Mobile phone		Landline phone		Employment			
携帯電話		固定電話		職業			

1. 今日はいつから・どのような症状で受診されましたか？ (受診目的)

上記の症状で他院を受診し、お薬を服用したことはありますか。
 具体的にご記入下さい (例：〇〇という抗生剤を、△日から5日間内服した。)

2. 治療中の疾患に○、他疾患・入院・手術歴は () に記入して下さい。
 高血圧、糖尿病、喘息、高脂血症、心臓病、胃炎、胃・十二指腸潰瘍
 ()
3. 現在、内服している薬はありますか。

毎日飲む薬 (常用薬) _____
 症状があるときだけ飲む薬 (頓服) _____

4. アレルギー性鼻炎 (花粉症) で受診された方にお伺いします。
 該当する症状に○を、最も症状が強いものに◎をつけてください。
 鼻水 くしゃみ 鼻づまり 眼のかゆみ
 その他 ()
- 自動車・自動二輪車・原付バイクを運転しますか (する ・ しない)
 処方薬剤について 眠気があっても効果を優先 / 眠くならない薬を希望
 点眼薬・点鼻薬を希望 / その他 ()
5. アレルギー検査 (採血) を希望しますか？ (する ・ しない)
6. 本日の処方薬は (先発品を希望する / ジェネリックを希望する)

7. あてはまるものに○を付けて、()に詳細をご記入下さい。

喫煙(本/日× 年) 禁煙した方(.....歳まで 本/日× 年)
飲酒(ビール・酎ハイ・ウイスキー・()を毎日・ 回/週)
妊娠中 (月) 授乳中(月/ 歳 月)

8. 当院をどのようにして知りましたか？

- ・家族/知人からの紹介 ・家が近所 ・他院からの紹介
- ・インターネットを見て(ホームページ / E-PARK イーパーク)
- ・その他()

9. 食品または薬剤アレルギーをお持ちの方は、以下に記載して下さい。

食品.....

薬剤.....

10. 他に何かございましたら、以下にご記入下さい。