

受診日 年 月 日

かなりあクリニック

問診票

- フリガナ (男性 ・ 女性)
- 氏名 身長 cm 体重 kg
- 生年月日 (西暦) 年 月 日 年齢 歳
- 未成年者の場合、保護者氏名 ()
- 郵便番号 (〒 —)
- 現住所
- 携帯電話番号 (固定電話×) (本人/その他)
- 本日はどの様な症状で受診されましたか。

お薬のご希望について、①～③の当てはまるものに○をつけてください。

- ① 先発品を希望・ジェネリックを希望・どちらでも良い
- ② 眠気があっても効果を優先したい・眠気のない薬を希望 (※効果があっても眠気が少ない薬剤は、多くが先発品となります。)
- ③ 日常的に車・バイクの運転をしますか。(する・しない)

既往歴 悪性疾患・高血圧・糖尿病・喘息・心疾患・肝炎・胃炎・胃潰瘍

その他手術歴など、具体的にご記入ください。

服用中の薬：常用薬

頓服薬

抗凝固薬の内服 ある・ない

薬剤・食品アレルギーが出たことがある方は、具体的に記載してください。

生活習慣などについてお伺いします。

- ・喫煙 する/しない 本/日 × 年
- ・飲酒 する/しない 毎日 /週 回 程度
- ・妊娠中の方 (妊娠 週) ・授乳中の方 (お子さんは生後 ヶ月)

当院を受診したきっかけを教えてください。

家が近所、家族・知人から、EPARK で検索、Google 検索、地図から検索