

問診票

- フリガナ
 氏名 身長 cm 体重 kg
- 生年月日(西暦) 年 月 日 年齢 (男性・女性)
- 現住所(〒 -)
- 携帯電話 (本人・その他)
- 未成年の方は保護者の方のお名前 ()
- 本日はどのような症状で受診されましたか。(例: 3日前から咳があつて悪化)

- 処方薬について、ご希望をお伺い致します。①～③に○をつけて下さい。
- ① 先発品・どちらでもよい・ジェネリック医薬品
 - ② 眠気があつても効果を優先・眠気がない薬を希望
 - ③ 車・バイクの運転をしますか。(する・しない)
- ※ 効果があつて眠気のない薬は、多くが先発品になります。

- 既往歴 高血圧・糖尿病・喘息・不整脈・その他手術歴は以下に御記入下さい。

- 現在内服中の薬剤
- 抗凝固薬内服 なし・あり
- 薬や食品にアレルギーがございましたら、具体的に記載してください。

- 生活習慣についてお伺い致します。あてはまるものに○をつけて下さい。
- ・喫煙(一日に約 本を、約 年間)
 - ・飲酒(毎日飲む・週に 回飲む・機会があれば飲む)
 - ・妊娠中(現在 週、出産予定日)
 - ・授乳中(お子さんの月齢 歳 カ月)
- 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 検索・Google 検索・地図から検索
- 何かございましたら、こちらにご記入ください。