

# 問診票

よみかな

氏名 \_\_\_\_\_

性別 男 ・ 女

生年月日 ( 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 ) 年 月 日 ( ) 歳

住所 〒 \_\_\_\_\_

診療に関する連絡先 電話番号 \_\_\_\_\_

体温測定( ) 度

① どのような症状がありますか? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

② いつ頃からですか? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

③ 過去にどのような病気を経験しましたか? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

④ 手術受けたことがありますか? ( はい ・ いいえ )

⑤ 他の医療機関からお薬を処方されていますか? ( はい ・ いいえ )

処方されている方は薬品名 ( )

⑥ 薬や食物のアレルギーはありますか? ( はい ・ いいえ )

『はい』を選んだ方:具体的に何に対してアレルギー反応が出ますか?

記載例:そば粉など ( )

⑦ お薬の処方では後発医薬品(ジェネリック)をご希望ですか?( はい ・ いいえ )

⑧ タバコは吸いますか? ( はい ・ いいえ )

⑨ お酒は飲みますか? ( はい ・ いいえ )

⑩ 女性の方へ 現在妊娠していますか? ( はい ・ いいえ )