

問診票

他の医療機関からの紹介状やアレルギー検査の結果を持参されている方や薬手帳は受付で提出してください

ID	記入日：R	代筆者/付き添い：氏名	関係：
フリガナ：	男	体重： kg (14歳以下の方のみ)	
氏名：	女	体温： °C	
生年月日：T・S・H・R	年	月	日 (才 か月)
住所： (〒 - )			
電話： - -		職業：	

●本日受診することになった症状や相談内容を教えてください  
いつ頃から： 症状(相談内容)：

※上記の症状について他の医療機関を受診された場合は詳細を教えてください  
詳細(受診日・薬の名前・検査の結果など)

薬の残りはありますか？(残りはない・日分あり 薬の名前： )

●今までかかったことのある病気があれば教えてください

ぜんそく 糖尿病 胃潰瘍 胃炎 高血圧 低血圧 アトピー 前立腺肥大 白内障 結核 緑内障 心臓病

肝臓病(病名： ) 腎臓病(病名： ) その他( )

●現在、治療中の病気はありますか？(いいえ・はい)

はいの方(病名： ) 医院名( )

●現在、飲んでいる薬や使用中の外用薬はありますか？(いいえ・はい) 申告いただければ飲み合わせの配慮が出来ます

はいの方は薬手帳を提出されない場合は記入をお願いします。

マイナ保険証の情報取得に同意されている方も直近1か月以内の処方箋は薬手帳の提出か記入をお願いします

(薬の名前： )

●今までに手術を受けたことがありますか？(いいえ・はい)

はいの方 (手術の部位： いつ： どこで： )

●今まで薬や注射、食べ物でアレルギー(気分不良やじんましん等)が出たことがありますか？(いいえ・はい)

はいの方(薬・注射・食べ物： どのような症状？ )

●この1年間で「特定検診」や「高齢者検診」を受けましたか？(いいえ・はい)

はいの方・マイナ保険証で情報取得に同意された方は省略可能です→(時期： 指摘事項： )

●希望の薬の形は何ですか？(薬の種類や病状によっては希望に添えない場合があります)

( なんでもいい シロップ 錠剤 粉薬 )

●あなたの生活習慣についてお尋ねします

タバコを吸いますか？( 本/日) お酒は飲みますか？(1日何をどのくらい： )

ペットを飼っていますか？( 犬 猫 その他： )

★女性の方へ 現在妊娠中ですか？(いいえ・ 不明 ・ はい 妊娠      週)

現在授乳中ですか？(いいえ・ はい 生後      ヶ月のお子さんへ授乳中)

●医師に伝えておきたいこと

記入ありがとうございました 院長