

# ～ 問 診 票 ～

ID :

|      |          |   |                                    |
|------|----------|---|------------------------------------|
| ふりがな |          | 男   | 生年月日<br>T S H      年      月      日 |
| お名前  |          | 女   | 満 (      ) 歳                       |
| 住所   | 〒      — | 電話<br>(      )      —                                       |                                    |
|      |          | 体重 (小児の方は必ずお書き下さい)<br><span style="float: right;">kg</span> |                                    |

- ① 当院をどこでお知りになりましたか。  
前を通過    駅看板    知り合いから聞いて    ホームページ    その他 (      )
  
- ② 今日はどうされましたか？  
いつから [      ]      今朝の体温 [      ] °C  
どんな症状  
(      )
  
- ③ 今回の症状で治療を受けましたか。  
・いいえ      ・はい → いつ (      )      薬の名前 (      )
  
- ④ これまでにかかった病気、現在治療中の病気はありますか。  
・いいえ      ・はい → 糖尿病    心臓病    高血圧    腎臓病    肝臓病    胃潰瘍    前立腺肥大  
ぜんそく    緑内障    アトピー性皮膚炎    その他 (      )  
・内服薬や吸入薬がありましたらお書き下さい (      )
  
- ⑤ 注射やお薬で発疹などの症状が出たことはありますか。  
・いいえ      ・はい → 薬品名 (      )
  
- ⑥ 女性の方にお伺いします。現在授乳中・妊娠中(可能性を含む)ですか？  
・いいえ      ・はい → 妊娠中 (      ) 週目      妊娠の可能性がある  
授乳中      お子さんは (      ) ヶ月
  
- ⑦ 就学前のお子さんにお伺いします。保育園や幼稚園に通っていますか？  
・いいえ      ・はい → 保育園      幼稚園
  
- ⑧ 内服薬の種類でご希望ありますか？  
・いいえ      ・はい → シロップ (水薬)    粉薬    錠剤 (カプセル)
  
- ⑨ ご質問・ご希望等ありましたらお書き下さい。  
(      )