

問 診 票

ふりがな _____	男・女	明治・大正・昭和・平成・令和		
お名前		生年月日	年	月 日生 () 歳
発熱 【 あり ・ なし 】		°C		
〒 住所	電話番号	(携帯)	(自宅)	
<u>12歳以下の方</u>	くすりの剤形 【 粉 ・ シロップ ・ 錠剤 】 を希望 体重 _____ kg			

<u>女性の方</u>	・現在、妊娠中ですか？ またはその可能性がありますか？ 【 はい ・ いいえ 】 ・現在、授乳中ですか？ 【 はい ・ いいえ 】
-------------	--

①今日はどうのような症状で受診されましたか？

②その症状はいつごろからですか？

③今回の症状について他の医療機関で治療を受けましたか？
ある場合はいつ頃ですか？ また、処方されたお薬はありますか？

④今までに下記のような病気にかかったことはありますか？

- * 熱性けいれん * ぜんそく * 前立腺肥大 * 緑内障 * 糖尿病 * 高血圧 * 心臓病
- * 腎臓病（透析を含む） * 膠原病 * じんましん * アトピー性皮膚炎 * 食物アレルギー
- * その他（上記以外の病気や手術歴など）

⑤飲んでる薬はありますか？（*お薬手帳がありましたらご提示ください。）

⑥今までにお薬や注射、麻酔などでアレルギー症状や体調の異常が出たことはありますか？

【 ある ・ ない 】

*ある場合は、どんな薬や注射でしたか？

*どんな症状がありましたか？

⑦たばこは吸いますか？ 【 ・はい（1日 本、喫煙歴： 年） ・以前吸っていた ・いいえ 】

⑧保育園や幼稚園に通っていますか？ 【 ・はい () ・いいえ 】

⑨当院をお知りになったきっかけを教えてください。（複数回答可）

- * 家族や知人から聞いて * 近所・通りがかり * 医療機関からの紹介 * Google検索 * SNS