

診察問診票

記入日 月 日

フリガナ

受診者名 男・女 (体温 °C)

ご住所 〒

電話番号 生年月日 明治・大正 年 月 日 歳
昭和・平成

当医院を受診されたことはありますか ある ・ ない

わかる範囲で結構ですので以下の質問にお答えください。

1 いつから、どのような症状ですか？

■いつから： _____

■症状： _____

2 現在治療中の病気はありますか？

ある ・ ない ■病名： _____

■医療機関名： _____

■処方薬： _____

3 今までに、入院したことはありますか？

ある ・ ない ■病名： _____

■時期： _____

■医療機関名： _____

4 お薬、食べ物などで気分が悪くなったり、発疹が出たりしたことがありますか？

ある ・ ない ■お薬： _____

■食べ物など： _____

5 タバコ 吸わない ・ すう (1日 本、 年間)

6 お酒 飲まない ・ 飲む ・ たまに飲む

7 最近一ヶ月以内に海外に行ったことはありますか？

ある ・ ない ■旅行先： _____

■帰国した日： _____

8 《女性のみ》現在、妊娠あるいは授乳していますか？ していない ・ している

ご協力ありがとうございました。