

問 診 票

記入日 年 月 日

(フリガナ)	性 別	生年月日
お 名 前	男・女	大・昭 平・令 年 月 日 歳
ご 住 所 〒 -	お電話番号 ※日中連絡のとれる番号	

・診察前体温（計測した方） ℃ ・体重（15歳以下） Kg

■ 本日の症状・ご相談内容をご記入ください

いつ頃から

どのような症状ですか？

■ 現在治療中、または過去に診断・治療を受けたことのある病気があればご記入ください。

☐ない ☐ある

疾患名（ ）

■ 現在、服用中のお薬はありますか？

☐ない ☐ある 薬剤名（ ）

※お薬手帳をお持ちの方は薬剤名の記入は不要です。診察時に医師へご提示ください。

■ 今までに薬や注射で体調不良やアレルギー症状を起こしたことがありますか？

☐ない ☐ある 薬剤名と症状（ ）

■ 飲めない薬の形状があればご記入ください。 ☐粉末 ☐シロップ ☐カプセル ☐錠剤

■ 以下の項目は、女性の方のみご記入ください。

現在、妊娠されていますか？ ☐いいえ ☐はい（ ヶ月） ☐可能性あり

現在、授乳中ですか？ ☐いいえ ☐はい

■ 今回当院を受診されたきっかけを教えてください。

☐家族の紹介 ☐知人の紹介 ☐他院からの紹介 ☐ネット検索 ☐その他（ ）

※診療内容や症状によっては、順番が前後することがございます。ご理解とご協力をお願いいたします。