

問診票

ふりがな.....

生年月日

お名前 _____ 男・女 大・昭・平・令 年 月 日 (歳)

〒 _____ 住所 _____

電話番号〈自宅〉 _____ 〈携帯〉 _____ 職業 _____

体重 _____ Kg お子様愛称 _____ ちゃん・くん

1. 薬に対するアレルギーがありますか？
いいえ はい (薬の名前 _____)
2. 食べ物に対するアレルギーがありますか？
いいえ はい (食べ物の名前 _____)
3. 困っている症状は何ですか？いつからですか？
(_____ から _____)
4. 熱はありますか？ いいえ・はい (_____ 度 分)
5. 咳はありますか？ いいえ・はい
6. 今までの病気があればすべて教えてください。
なし・高血圧・糖尿病・心臓病・喘息・肝炎・緑内障・その他 (_____)
7. 女性のみ：妊娠、授乳について → なし ・ 妊娠中 (_____ ヶ月) ・ 授乳中
8. お子さんのみ：薬の剤形の希望はありますか？ ※ご希望に添えない場合もあります。
粉・水薬・錠剤・剤形の希望なし／お昼のお薬はあってもよいですか？ よい・ない方がよい
9. 現在飲んでいる薬がありますか？ いいえ・はい (薬の名前 _____)
10. 治療方針のご希望について ※ご希望に添えない場合もあります。
① できる検査は提案してほしい (精密検査希望) ② 受診回数はなるべく少なくしたい
③ 検査は要らない (例：他院で既に診断がついているなど)
④ 院内での鼻・のど吸入について→ 希望する・希望しない・どちらでもよい
11. 当院に来院されたきっかけは何ですか？
家が近い・家族が受診した・職場が近い・ホームページ・その他 (_____)