

初診問診票

ふりがな

氏名

郵便番号

住所

生年月日

年

月

日生 (才)

性別

男

女

電話番号

1.いつ頃から

2.どのような症状がありますか

3.食べ物や薬でアレルギー症状をおこしたことがありますか

ある

ない

あると答えられた方は、食べ物、薬の名前、症状がわかりましたらお知らせください

4.現在内服中のお薬がありましたらお知らせください

高血圧

糖尿病

高脂血症

狭心症

不整脈

抗凝固剤

肝臓病

腎臓病

喘息

胃潰瘍、胃炎

前立腺肥大症

骨粗鬆症

抗アレルギー剤

白内障 緑内障

その他

5.後発品薬（ジェネリック薬）を希望されますか

はい

いいえ