

問診票
ふりがな

お名前

生年月日 T S H R 年 月 日

〒
ご住所

電話番号 緊急連絡先 身長 cm 体重 kg

① 本日はどのような症状で受診されましたか。具体的にお書きください。

いつから

どのような症状

② 今までに大きな病気をされたことがありますか。

・なし・あり→どのような病気ですか。

いつ頃ですか。

③ 現在、治療中の病気がありますか。

・なし・あり→どのような病気ですか。

④ 現在、飲んでいる薬はありますか。

・なし・あり→薬の名前

⑤ 今まで、食べ物や薬でアレルギー症状（発疹や気分不良など）が起こったことがありますか。

・なし・あり→食べ物／薬の名前（ ）

⑥ たばこについての質問です。

・もともと吸わない

・過去に吸っていた

・現在吸っている（1日 本）（ 歳から）

⑦ お酒についての質問です。

・もともと飲まない

・過去に飲んでいた

・飲む→具体的に 頻度 お酒の種類 量

⑧ 女性の方への質問です。

現在妊娠していますか。1) はい（週数） 2) いいえ

現在授乳中ですか。1) はい 2) いいえ

⑨ 後発品薬（ジェネリック薬）の処方を希望されますか 1) はい 2) いいえ