一般問診票

＊必ず（はい ・ いいえ）に ○をしてください！

ふりがな		男 ・ 女	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日生
御名前			体重(13歳未満の方のみ) Kg

⇓初診の方のみご記入ください。

御住所	〒	電話番号	（ ）

① 当院をお知りになったきっかけは何ですか？(複数回答可)

ご家族の紹介・知人の紹介・医療機関からの紹介・近所(または通りがかり)・看板

Web（当院ホームページ・Google Map・Google・Yahoo・病院検索サイト）

SNS(Instagram)・その他【 】

② 今日は、どうされました？

③ いつごろからですか？

④ 今回の症状でほかの病院で処方されたお薬がありますか？（ ある ・ ない ）

ある場合は、薬の名前もしくは内容を記入して下さい。

⑤ 今までに下記のような病気にかかったことはありますか？ （ ある ・ ない ）

ある方は、その病気に○をつけて下さい。下記以外の病気や手術の場合は、(その他)にご記入ください。

ぜんそく 高血圧 心臓病 肝臓病 糖尿病 胃潰瘍 貧血 緑内障 前立腺肥大

アトピー性皮膚炎 じんましん 卵アレルギー 結核 腎臓病(⇦透析はしていますか？ はい ・ いいえ)

その他

⑥ いつも飲んでいるお薬がありますか？（ ある ・ ない ）

ある場合は、お薬手帳等 お持ちの方はお出しください。ない方は、わかる範囲で下記に記入ください。

⑦ お薬や食べ物で副作用がでたことがありますか？（ ある ・ ない ）

ある場合は、薬名・食べ物を記入してください。

⑧ お薬について 錠剤・粉薬 が苦手な方は、ご記入ください。（ 粉薬ダメ ・ 錠剤ダメ ）

⑨ たばこを吸いますか？(以前吸っていましたか？)（ はい ： 1日 本 喫煙歴 年 ・ いいえ ）

⑩ 女性の方のみお答えください。 妊娠中ですか？ （ はい 現在 週目・ 可能性がある ・いいえ）

→上記で「はい」と答えた方のみお答え下さい。 出産予定日はいつ頃ですか？(年 月頃)

⑪ 女性の方のみお答えください。 授乳中ですか？ （ はい ・ いいえ ）

⑪ その他 ご希望・ご質問等がございましたら、ご記入ください。

（例：授乳中なのでお薬の相談をしたい・仕事をしているので眠気の少ない薬がほしいなど・・）

※ 当院は、お薬を院内でお渡ししています。院外をご希望の方は、受付時にお申し出ください。

＊問診のお答えに虚偽の記載があった場合は、健康が著しく害することがあります。ご注意ください。