

一 般 問 診

ふりがな		男・女	大・昭・平・令	
お名前			年	月
			体重(13歳未満の方)	kg
ご住所	〒	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）

*ご家族からのご紹介 *知人からのご紹介 *近所 *通りがかり *看板 *当院ホームページ
*Google *Yahoo *Google Map *病院検索サイト *SNS(Instagram)
*その他【 】

②今日はどうされましたか？

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 】

ある方はお薬名を→

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 】

ある方は以下に○をつけて下さい。 下記以外の病気や手術歴のある方は*その他にご記入下さい。

*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 *結核 *腎臓病(透析はしていますか？ ・はい ・いいえ)
*じんましん *卵アレルギー *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などお出しください。 お薬手帳などが無い方はわかる範囲で記入ください。

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 苦手な方は記入ください。【 *粉薬ダメ *錠剤ダメ 】

⑨タバコを吸いますか？（以前吸っていた）【 *はい→1日 本 喫煙歴 年 ・ *いいえ 】

⑩女性の方のみ： 妊娠中ですか？【 *はい→現在 週目 ・ *可能性がある ・ *いいえ 】

⑪女性の方のみ： 授乳中ですか？【 *はい *いいえ 】

⑫その他： ご希望・ご質問などがございましたらご記入ください。

（例：授乳中のためお薬の相談がしたい・眠気の少ない薬が希望 など）

*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。

*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。