

問 診 表

フリガナ	生年月日 明治・大正・昭和・平成
氏名	年 月 日 歳 男・女
〒	電話番号 () -
住所	携帯電話 () -
今日はどうかさいましたか？(症状など) 体温	
現在何かの病気で、他の病院・診療所等に通院していますか？ はい・いいえ	
病名()	
現在服用している薬がありますか？ はい・いいえ	
薬品名()	
今までに、大きな病気や怪我をしたことがありますか？ はい・いいえ	
病名()	
入院したことはありますか？ はい・いいえ	
病名() 施設名()	
手術したことはありますか？ はい・いいえ	
病名() 施設名()	
薬の副作用が出たことはありますか？ はい・いいえ	
薬品名()	
飲めない薬の形状はありますか？ はい・いいえ	
粉 ・ 錠剤 ・ カプセル ・ シロップ	
当院はどのようにお知りになりましたか？	
家族に聞いた・知人に聞いた・看板を見た・インターネット・その他()	
領収書とは別に明細書の発行を希望しますか？ はい・いいえ	
(明細書は医療費控除等の手続きには必要ありません)	
女性の方のみ記入してください	
現在妊娠していますか？ はい(月)・いいえ・わからない	
現在授乳していますか？ はい・いいえ	