

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 () _____

今日はどうなさいましたか？(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