

初診 問診票

※ 診療の参考となりますので、ご記入下さい。

記入年月日

年 月 日

かな		生 年 月 日	昭和			
氏 名	男 女		平成	年	月	日 (才)
住 所	〒 -		電話 携帯			

15才以下の方はお薬の都合上、体重をお知らせください： _____ Kg

● 本日受診することになったおもな症状は何ですか？

いつごろから？

どのような症状が？

● 他に何かご心配なことやご相談があれば、具体的にご記入下さい。

● これまでにかかったおもな病気や手術はありますか？

● 薬や食べ物でじんましんが出たり、気分が悪くなったりしたことがありますか？

あり → 薬や食べ物の名前： _____ なし

● 現在内服している薬はありますか？

あり → 薬の名前： _____ なし

● たばこを吸いますか？

吸う → _____ 本/日 吸わない

● 現在妊娠していますか？

している → _____ ヶ月 していない

● 授乳していますか？

している → _____ ヶ月 していない

● 薬の希望について伺います。

1. 診察や検査の結果で、最適な薬・処方箋が欲しい
2. できるならば薬は飲みたくない
3. その他、薬に対する希望やお考えがあればお書きください(例：漢方薬希望、粉薬がよい 等)

4. お子様は内服可能な薬にチェックしてください。 錠剤 、粉薬 、シロップ

● 検査の希望について伺います。

1. 納得できるまで、検査をして調べて欲しい
2. あまり検査は受けたくないが、必要であれば検査を受ける
3. 検査は大きな病院で受けたいので、当院では不要