

問診票

よみかな

氏名 _____ 性別 男 ・ 女

生年月日(明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令) 年 月 日 (歳)

住所 〒 _____

電話番号 (連絡がとれるもの) _____

体温 (_____) °C

① どのような症状がありますか? はい・いいえ

② いつ頃からですか? はい・いいえ

③ 過去にどのような病気を経験しましたか? はい・いいえ

④ 手術を受けたことがありますか? はい・いいえ

⑤ 他の医療機関からお薬が処方されていますか? はい・いいえ

⑥ 処方されている方は薬品名 はい・いいえ

⑦ 薬や食べ物にアレルギーはありますか? はい・いいえ

⑧ 薬の処方では後発医薬 (ジェネリック) をご希望ですか? はい・いいえ

⑨ タバコは吸いますか? はい・いいえ

⑩ お酒は飲みますか? はい・いいえ

⑪ 女性の方へ 現在、妊娠や授乳されていますか? はい・いいえ