

問診票

ID
日付

本日は、どうされましたか？

いつからですか？

※ 今日 熱がある方は・・・ (度 分)

● 現在 他院で処方されている薬 がありますか？ (ある ・ ない)

薬の名前 ()

● 現在 又は これまでに 次の項目に該当するものがあれば ○でかこんで下さい

該当するものがない場合は なし に○をつけてください

(ぜんそく ・ けいれん ・ 高血圧 ・ 緑内障 ・ 心臓病
前立腺肥大 ・ 腎臓病 ・ 肝臓病 ・ 結核 ・ 胃潰瘍 ・ 糖尿病
卵アレルギー ・ アルコール消毒にかぶれる ・ ヨードアレルギー
その他 () ・ なし

● 胃腸は・・・？ (特に問題なし ・ 胃が弱い ・ 下痢しやすい)

● 今までに注射や飲み薬があわなかったことがありますか？ (ある ・ ない)

あれば その時の薬の名前をわかる範囲で結構ですでお書き下さい

()

● 局所 麻酔薬 (歯の治療や外傷など) で ショックなど問題になったことがありますか？

(ある ・ ない ・ 受けたことがない)

《 こどもさんへ 》

体重

kg

錠剤は 飲めますか？ (はい・いいえ)

《 女性の方へ 》

現在授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

妊娠中又はその可能性がありますか？

(はい カ月 ・ いいえ)

● 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

紹介 (他院 ・ 知人 ・ 家族) ・ 看板 (館内 ・ 駅 ・ バス)

ホームページ ・ 近所なので ・ 電話番号 ・ その他 ()

(ふりがなも)

受診される方のお名前

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 生 (男性 ・ 女性)