

問診票

(初・再)

ふりがな

氏名 : _____ (男・女)

〒 -

住所 : _____

携帯・自宅電話番号 : _____ ()

(必ずご記入下さい)

生年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 : _____ 歳

(小児のみ 体重 : _____ kg)

◆ 今日はどうされましたか？

- 診察・薬希望
- 診察のみ(薬なし)
- 漢方薬希望
- 血液検査がしたい
- 健診結果の相談・再検査がしたい

体温	°C/ 平熱	°C
----	--------	----

- その他検査希望 ()
- 自費注射・点滴がしたい ()
- 診断書希望 ()
- その他 ()

◆ 症状があるものに記入ください

発熱・のどの痛み・鼻水・せき、たん・頭痛・腹痛・嘔吐、吐き気・下痢
頻尿、残尿感、排尿痛 (診察前に検尿がありますので、受付でカップを受け取って下さい)

(その他の症状・ご相談内容)

*いつからですか ()

◆ 新型コロナワクチン接種歴 (1回・2回・3回・4回・5回・6回・7回・8回 / なし)

2024年10月～ インフルエンザワクチン(1回・2回・なし) 肺炎球菌ワクチン(+ / -)

レプリコンワクチン(コスタイベ) (+ / -)

◆ 現在服用している薬はありますか (はい・いいえ)

- 別の医院処方薬
- 市販薬

* お薬手帳をお持ちの方は問診票と一緒にご提出下さい。

◆ 今までに薬・注射・でアレルギーを起こしたことはありますか(はい・いいえ)

『 はい 』と答えた方・・・ 分かれば薬剤名 ()

◆ 女性の方のみお答えください

妊娠中ですか (はい・いいえ)

授乳中ですか (はい・いいえ)

◆◆◆以下初診の方のみご記入下さい◆◆◆

◇ 下記の病気にかかったことはありますか(該当するものに○をつけて下さい)

糖尿病	喘息	高血圧	脳梗塞	胃潰瘍	前立腺肥大
緑内障	肝炎	不整脈	アトピー	熱性けいれん	

* その他に大きな病気・手術の経験はありますか (はい・いいえ)

『 はい 』と答えた方・・・ 分かれば病名・治療内容 ()

◇ タバコは吸いますか 吸う・吸わない ◇ お酒は飲みますか 飲む・飲まない

◇ 当院をどのようにしてお知りになりましたか？ (複数回答可)

検索サイト Facebook Instagram 家族・知人の紹介 他院からの紹介

近所 看板 職場に近い チラシ 電柱広告 その他()

ご記入が済みましたら、受付にお出してください。ご協力ありがとうございました。