

外来初診受付 問診票

平成 年 月 日

ふりがな _____

お名前 _____ 様 (男 ・ 女)

生年月日 大正 昭和 平成 年 月 日 歳
〒 -

ご住所 _____

電話番号 自宅 - - 携帯 - -

下記の病気にかかったことはありますか？

緑内障 ・ 前立腺肥大 ・ 熱性けいれん

上記の症状の薬の服用、点眼は今ありますか？ はい ・ いいえ

1、本日はどのような症状で受診されましたか？

体重 _____ kg

発熱 (_____ 度) ・ 頭痛 ・ 咽頭痛 ・ 咳 ・ 鼻水 ・ 腹痛 ・ 下痢 ・ 嘔吐

いつ頃からですか？ _____

その他 _____

2、現在服用中の薬はありますか？

はい ・ いいえ

薬の名前 _____

3、入院するような大きな病気にかかったことはありますか？

はい ・ いいえ

ある方は _____

4、アレルギーはありますか？

はい ・ いいえ

薬 _____ 食べ物 _____ 花粉 _____

その他 _____

5、(女性の 方に) 現在 妊娠、授乳中ですか？

はい ・ いいえ

6、血縁の方で下記の病気をされた方はいらっしゃいますか？

はい ・ いいえ

高血圧 ・ 脳卒中 ・ 心臓病 ・ 糖尿病 ・ がん ・ 婦人科疾患

7、診察終了後領収書の他に診療明細は必要ですか？

はい ・ いいえ