

お名前
(カタカナ)

内科 / 小児科 問診票

* 診察券のない方は診療申込書もご記入下さい

◎ (小学生以下の方) 体重 . kg

◎ 診察前体温 . °C

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか。 (詳細は診察室でお話下さい。)

いつ頃からですか。 頃から

どのような症状ですか。具体的にまた簡潔にご記入をお願いいたします。

--

現在服用中のお薬がありましたら記入してください。お薬手帳をお持ちの方は診察室でご提示下さい。

 いいえ はい → : お薬手帳 あり なし

お薬の形(粉末・錠剤・シロップ等)の希望がありましたら記入してください。

 いいえ はい → : 粉末 錠剤 シロップ

2. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こしたことがありますか。

薬・注射のアレルギー

 いいえ はい → 薬剤名 :
アナフィラキシー(けいれんやショック状態) ある ない

卵・牛乳のアレルギー

 いいえ はい → アナフィラキシー(けいれんやショック状態) ある ない

3. 今までに大きな病気にかかったことはありますか。(けいれん、喘息、てんかん、先天性疾患など)

 いいえ はい → :

ここからは成人の方のみご回答下さい

4. 喫煙歴について 喫煙はしない 喫煙をしている。(1日 本 年間くらい)
 以前喫煙をしていた。(1日 本 年間くらい)5. 飲酒について 飲酒の習慣はない。 飲酒の習慣がある。(頻度 ほぼ毎日 週に 回くらい)

6. 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか いいえ はい 可能性あり授乳中ですか いいえ はい

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出願います。