問診票

（ふりがな） 氏　名　　男・女	明・大・昭・平　　年　　月　　日生（　　歳）	
〒 住所	自宅TEL 携帯TEL	職業

・いつから、どんな症状がありますか？一番お困りの症状を中心に具体的に簡潔に書いてください。

・現在かかっている病気があれば○をつけてください。
ぜんそく　　糖尿病　　胃潰瘍　　前立腺肥大　　緑内障　　高脂血症　　その他（　　）

・現在飲んでいる薬があれば教えてください。

・今までに大きな病気、けが、手術などがある場合は書いてください。

・飲み薬や注射、食べ物に対するアレルギー（じんま疹や気分不良など）が出たことがありますか？
ない･ある（薬や食べ物の種類：　　どんな症状が？　　）

・現在妊娠している可能性はありますか？
（　ない・ある・現在妊娠　　週（出産）予定日　　月　　日　）

・授乳中ですか？　（　いいえ・はい　）

・お子さまの場合、体重を書いてください。（　　kg）

・お薬の剤形について、ご希望のものがあれば○を、苦手なものがあれば×を書いてください。
（　錠剤・水薬・粉薬　）

・当院を受診されたきっかけを教えてください。
（　知人・家族・他院　）の紹介　　家から近い　　通りがかり　　ホームページを見た
広告・看板を見た　　その他（　　）