

ふりがな _____

氏名 _____ 殿 年齢 才 _____ 年 月 _____ 日生 性別 男・女

住所 〒□□□ - □□□□

電話 _____

勤務先 _____

電話 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg 体温 _____ °C (最高 _____ °C)

以下に該当するものに☑チェックもしくは記載をしてください。

*受診の目的は何ですか? □症状あり □他の医療機関からの紹介 □検診結果で再診 □健診目的、□その他 _____

*症状はいつからありますか? _____

□1週間以上前から、□1週間以内、□昨日より、□今日、□5. その他 _____

*具体的な症状は何ですか? _____

*既往歴: これまで大きな病気にかかったことはありますか? □なし・□あり

病名 _____

手術歴 □なし・□あり どんな手術ですか? _____

輸血歴 □なし・□あり

*現在治療中の病気はありますか? □なし・□あり

どんな病気ですか? _____

お薬は? _____

*アレルギーの有無について: □なし・□あり

薬のアレルギー □なし・□あり 薬は何ですか? _____

食物アレルギー □なし・□あり 原因の食物は? _____

その他アレルギー □なし・□あり 何のアレルギーですか? _____

喘息の有無 □なし・□あり

*飲酒歴について: □飲まない・□機会飲酒・□定期的に飲酒

何を? _____ どのくらいの量 _____ 週に _____ 回

*喫煙歴について: □なし・□あり

何歳から? _____ 、どのくらい _____ 本/日、何年間? _____

*妊娠の可能性はありますか? □なし・□あり

ありと答えた方 妊娠 _____ 週

*お薬について ジェネリック薬の希望 □なし、□あり。

お薬手帳を持っていますか? □なし、□あり。

*当クリニックをどのようにして知りましたか? □家人、知人の勧め、□インターネットのホームページ、□看板を見て、□その他: _____

*ご質問や不安な点があればお書きください。 _____

□この問診票を近隣薬局でご利用を希望される方は、左の□に☑をいれてください。
お会計の際にお渡し致します。ご活用ください。