

# 問診票

【体温】 ℃

※わかる範囲でご記入ください。体温は受付にて測定します。

【氏名】	【フリガナ】	【性別】 男・女
【生年月日】 明・大・昭・平	年 月 日	( 歳)
【住所】 〒		【職業】
【携帯番号】	【自宅】	
【身長】	cm	【体重】 kg ※お子様は必ずご記入ください
<p>■主な受診の理由、気になっていること(いつから、どんな症状ですか?) ※箇条書きも可                  (例) 2日前から37.5℃の発熱・咳あり。徐々に悪化している。など</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>		
<p>■現在通院している病気や、過去に治療した病気はありますか?                  いいえ ・ はい (病名やいつ頃など具体的に下記へご記入ください。)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>		
<p>■アレルギー                  ない ・ ある (薬剤名や食品名を下記へご記入ください。)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>		
<p>■現在服用中の薬剤 ※お薬手帳をお持ちの方は診察の際も、ご呈示ください。                  いいえ ・ はい (薬剤名を下記へご記入ください。)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>		
<p>■お薬について                  先発品を希望します ・ 後発品(ジェネリック)を希望します</p>		
<p>■アルコール類 飲まない ・ 飲む (種類: )                  (回数: 週 回ぐらい ・ 毎日 )                  (1回の量: ml )</p>		
<p>■喫煙経験 ない ・ ある</p>		
<p>■現在も喫煙中 いいえ ・ はい (本数: 1日 本 / 年間)</p>		
<p>*女性の方のみお答えください*</p>		
<p>■現在に妊娠している。又は妊娠の可能性がある いいえ ・ はい ( 週目)</p>		
<p>■現在授乳中 いいえ ・ はい</p>		

患者番号 ( )