

問 診 票

内科・小児科・外科 初・再

(診察券・保険証・受給者証・お薬手帳と一緒に提出してください。)

フリガナ： _____

来院時体温 _____ °C

お名前： _____

性別：男・女・妊婦(_____ 週)

※体重不明の場合は入口の血圧計横の体重計で、測定をお願いします。

生年月日：大・昭・平 年 月 日 (_____ 歳 _____ ヶ月)

体重 (お子様のみ) _____ kg

住所・電話番号 ★再診の方は変更がある場合のみご記入下さい。

(〒 _____)

住所： _____ TEL _____ - _____ - _____

※お子様のお薬は院外処方となりますので、薬局をお調べいただくようお願いします。

今日は どうされましたか？	症状	発熱(最高 _____ °C)・悪寒・頭痛・喉の痛み・咳・痰・鼻水・鼻づまり 吐き気・嘔吐・腹痛・下痢・便秘・関節痛・めまい
	ケガ	どこを(左・右・両) _____ どうしましたか _____
	その他	_____
症状は いつからですか？	今日 _____ (_____)日前から _____ 時々 _____ ずっと前から _____	

★ここからは、当院の診察が初めての方、再診で変更がある方はご記入お願いします。

現在治療中の病気、 または 過去に治療を受けた 病気はありますか？	ない	※あるとお答えの方
	ある	病名 (_____) 病院名 (_____) いつ頃 (_____)
現在、飲んでる薬は ありますか？	ない	※あるとお答えの方
	ある	薬品名 (_____)
薬や食べ物のアレルギー はありますか？	ない	※あるとお答えの方
	ある	薬品名・食品名 (_____)
喫煙歴はありませ うか？	ない	※あるとお答えの方
	ある	現在吸ってる・過去に吸っていた _____ 本/1日 _____ 歳まで _____ 年間

少しでも外出をする際、お戻りの際は受付まで番号をお伝えください。

※診察までお時間があっても、保険証の返却や伺いたいことがあります。その際にご不在ですと順番が後回しになることがございます。