

診療申込み・問診票

令和 年 月 日

フリガナ	住所 (〒 -)
氏名 男 女	
生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日 (歳)	電話番号 - -

体温 °C

お子様の体重 kg(15歳以下の方)

◎本日はどのようなことでいらっしゃいましたか (丸を付けてください)

診察・健康診断・予防接種・乳児健診・各種検査・胃カメラ検査相談・アレルギー検査(小学生から)

◎どのような症状でお困りですか

・いつ頃から

・どのような症状ですか

◎通院中、もしくは過去に病気にかかった事がありますか

いいえ

はい(通院中は◎、過去のご病気は○をつけてください。あるいは病名を記入してください)

高血圧・糖尿病・高脂血症・心臓病・不整脈・腎臓病・喘息・脳梗塞・脳出血

その他()

◎本日、お薬手帳はお持ちですか

いいえ

はい

◎現在、内服している薬はありますか

いいえ

はい(薬の名前を記載してください)

または薬手帳をご提出ください)

◎薬や食べ物などでアレルギー症状が出現した事がありますか

いいえ

はい(具体的に記載してください)

◎嗜好品について伺います

アルコール 飲まない 飲む(週に 日、種類と量:)

タバコ 吸わない 以前に吸っていた 吸う(本/日、 歳から)

◎女性の方に伺います

妊娠中ですか いいえ はい(週) 不明

授乳中ですか いいえ はい