

検査

両方希望あり

コロナのみ

インフルのみ

希望なし

検討中

問 診 票

来院日 令和 年 月 日 () 曜日 _____ kg

フリ ガ ナ

氏 名

様 才

℃

住 所 〒

電話番号(自宅)

(携帯)

★お薬の処方は、一包化・混合を希望されますか？ (はい・いいえ)

[1] 今日はどうなさいましたか？ (いつからどのような症状でお困りですか？)

(/) 頃から

はつねつ せき はなみず はな め かゆみ いんとうつう たん げり おうと はきけ ずつう
発熱・咳・鼻水・鼻づまり・くしゃみ・目の痒み・咽頭痛・痰・下痢・嘔吐・吐き気・頭痛

その他 ()

[2] 今までに病気にかかったり手術をうけたことがありますか？ (はい・いいえ)

おわかりになれば病名・手術をお書きください。

() 才・病名 () ⇒ 《手術・通院中 (当院・他院)・完治》

() 才・病名 () ⇒ 《手術・通院中 (当院・他院)・完治》

() 才・病名 () ⇒ 《手術・通院中 (当院・他院)・完治》

[3] 現在服用されているお薬がありますか？ (はい・いいえ) (市販薬 ・ 定期処方薬)

おわかりになればお薬の名前をお書きください。(お薬手帳をお持ちでしたら提出して下さい)

(薬手帳有 ・ 薬手帳無 ・ 薬剤情報有)

[4] 現在の体調は？

*食欲 (普通 ・ 悪い)

*睡眠 (普通 ・ 悪い)

*排便 (日に 回)

*排尿 (1日に 回 ・ 夜間に 回)

[5] タバコ・お酒は飲みますか？

*タバコ (はい ・ いいえ) タバコ1日の本数 () 本

*お 酒 (はい ・ いいえ) お酒の種類と1日量 () 合)

[6] 薬や食べ物などでアレルギーを起こしたことがありますか？

* 薬 (はい ・ いいえ) その原因は何ですか？ ()

*食べ物 (はい ・ いいえ) その原因は何ですか？ ()

*その他 (はい ・ いいえ) その原因は何ですか？ ()

*女性の方へ ⇒ 妊娠・またはその可能性がありますか？ (はい ・ いいえ)

現在授乳中ですか？ (はい ・ いいえ) 月経 (順調 ・ 不順)

最終月経 (月 日) 閉経年齢 () 才