

初診時・問診表

受診日 月 日

本日受診されるにあたり、以下の質問に必ずお答え下さい。

受診される方のお名前

様

中学生以下のお子様は

年齢(歳)体重(kg)体温(度)を記入して下さい。
どのような症状がありますか?(具体的にご記入下さい)

いつ頃からですか?(おおよそ)

今までに下記の病気をされた事がありますか?

(をつけて下さい。それ何歳のときですか)

- | | | |
|---------|---------|-------|
| ・高血圧症 | ・心臓疾患 | ・ない |
| ・糖尿病 | ・胃、腸の病気 | ・高脂血症 |
| ・胃腸病 | ・気管の病気 | ・肝臓病 |
| ・甲状腺疾患 | ・脳の病気 | ・肺の病気 |
| ・その他() | | |

現在服用している薬はありますか?

・ない ・ある()名前がわかればご記入下さい。

お薬手帳をお持ちの方は見せて下さい。その方は記入不要です。

薬のアレルギーはありますか?

・ない ・ある()名前がわかればご記入下さい。

女性の方は、現在妊娠の可能性はありますか?

・ない ・ある

薬価の安いジェネリック薬(後発品の薬)を希望される方は記入して下さい。

・はい ・いいえ

その他、質問のある方は診察時にお聞き下さい。

以上