

初診の方の問診票 (15歳以上の方)

年 月 日

(わからないところ、書きたくないところは無記入で結構です。)  
あてはまるものがあれば○をうつか、□にチェックをお願いいたします。

フリガナ

お名前： \_\_\_\_\_ 男・女 (M・T・S・H 年 月 日生)

ご住所： (〒 - ) \_\_\_\_\_

お電話： \_\_\_\_\_ 携帯 \_\_\_\_\_ 体温 \_\_\_\_\_ °C

■本日はどうされましたか？

( ) 頃より または 日の 時ごろより

(症状：具体的にお教えてください。あてはまるものに○でも結構です。)

熱・咳・痰・鼻水・鼻づまり・くしゃみ・のどの痛み・胸痛・息切れ・腹痛・嘔吐・吐き気・寒気・下痢・便秘・頭痛・関節痛・動きにくい・倦怠感・のどの渇き・発疹・かゆみ・めまい・しびれ・耳鳴り・目やになど眼の症状・排尿時痛み・血尿・むくみ

■最近海外に渡航されましたか。(□はい：国名 \_\_\_\_\_ )

■何か治療中のご病気、服用されているお薬はありますか。(抜歯など歯科治療含む。)

病名：

薬 (お薬手帳をお持ちでしたらお見せいただけますか)：

■今までにアレルギーを起こしたお薬や食べ物などはありますか。

(ある・ない)

ある方は、(□お薬 \_\_\_\_\_

□食べ物 \_\_\_\_\_ )

□その他 \_\_\_\_\_ )

■お薬についてご希望はございますか？あれば○をお願いします。)

(粉が飲めない・錠剤がのめない・粉がよい・錠剤がよい・眠くなると困る・胃が弱い)

■現在妊娠、授乳中ですか？(□妊娠中 \_\_\_\_\_ か月、□授乳中、□妊娠の可能性はある。)

ありがとうございました。

山田内科