

# 問診票

日付印

ふりがな

◎ お名前:

性別: 男 ・ 女

◎ 生年月日 (明・大) 年 月 日 小学生以下の方は、体重を記入して下さい。 保育園通園中  
Kg (はい・いいえ)

□□□-□□□□

◎ 住所:

◎ 電話番号:

携帯電話:

◎ 当診療所をどのようにして知りましたか？○印をお付け下さい。

(NTT電話帳・ミニコミ誌・駅看板・家族・友人知人・インターネット・エコールマミ新聞広告・クリニックの前を通った・その他)

◎ 今までにかかった、あるいは現在かかっている大きな病気がありますか。  
・はい。⇒⇒⇒⇒⇒  
・いいえ。

その病気の名前:

◎ 現在、服用されている薬がありますか。  
・はい。⇒⇒⇒⇒⇒  
・いいえ。

その薬のお名前:(お薬手帳等あれば添付させて下さい。)  
その病院のお名前( )

◎ 薬のアレルギーがありますか。  
・はい。⇒⇒⇒⇒⇒  
・いいえ。

その薬の名前:

◎ 現在、妊娠中または授乳中でしょうか。  
・はい。⇒⇒⇒⇒⇒  
・いいえ。  
・その他 ⇒⇒⇒

□妊娠 ヶ月  
□生後 ヶ月  
□まだわからない

◎ 今日はどうされましたでしょうか？  
〈いつ頃から〉

<症状をご記入下さい>

はな:

□鼻水 □鼻つまり □嗅覚異常 □その他

みみ:

右耳: .....  
左耳: .....  
両耳: .....

のど:

□咽頭痛 □咳 □痰 □味覚異常 □その他

そのほか:

□全身倦怠感 □呼吸が苦しい  
発熱【あり( 度) ・なし】

◎ 直接、他に医師に説明することがある。(はい・いいえ)

自由記載欄:

◎ ジェネリック品にできるものは希望する (はい・いいえ)

当院の受診の順番について

受付番号順で呼びしておりますが、お呼びした際に待合室に居られない場合、多少順番が前後いたします。ご理解の程よろしく願いたします。

院長