

問 診 票

ご記入日： ____年 ____月 ____日

フリガナ(_____)

*お名前(_____) *(男・女) *ご職業(_____)

*生年月日(大正・昭和・平成・令和 ____年 ____月 ____日) *年齢(____才)

*ご住所(〒_____) *電話番号(_____)

◆ どのようなことで来院されましたか？今までの経過もお書きください。

◆ 今までに、かかった病気がありましたら、お書きください。(既往歴)

◆ 現在使っている薬の種類など、わかる範囲でお書きください。お薬手帳をお持ちでしたら、お見せください

◆ お薬を飲んだ後や注射後に、気分が悪くなったり、体にかゆみがでたことはありますか？

◆ 輸血や手術を受けたことがありますか？ケガの処置の時や、歯科で麻酔を受けた経験はありますか？

気分は悪くなりませんでしたか？

◆ アレルギー・ぜん息・花粉症・感染症(肝炎など)の診断を受けたことがある方は、具体的に記入して下さい。

◆ 今までに漢方薬を飲んだことがあれば、その薬の名前をお書きください

当院では漢方薬の処方も行いますが、漢方薬の処方を希望されますか？(はい / いいえ / わからない)

◆ < 女性の方へ >

現在、妊娠していますか？または、妊娠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)

◆ 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

☐ 家族の方が通院している ☐ 家族の方から聞いた ☐ 知り合いの方から聞いた

☐ 家から近いので ☐ インターネットで調べた ☐ その他→(_____)

◆ その他ご要望などございましたら、お書きください。

☆ なお、お書きいただいた内容について、下記の場合を除き、診療の目的の範囲を超えて利用いたしません。(医療運営、教育研修、行政命令の遵守、他の医療・介護・福祉施設等との連携などにおいて、また学会や出版物等で個人名が特定されないかたちで利用することがあります。)