

問 診 票

記入日 平成 年 月 日

お名前 _____ 性別 男 ・ 女

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 () 歳

住 所 _____

電話 _____

① 本日はどうなさいましたか？

いつからですか？ 今日・昨日・2日前・3日前・1週間前・それより前()

具体的な症状 _____

② 診察・検査・治療に関する要望はありますか？

検査 はい・いいえ (_____)

注射・点滴希望 はい・いいえ (_____)

③ 現在治療中の病気がありますか？ ある ・ ない

病名： _____ 医療機関名： _____

④ 現在飲んでいるお薬や市販薬、サプリメントなどがありますか？ ある ・ ない

(_____) お薬手帳・薬剤情報提供書などをお持ちの方はお見せ下さい。

⑤ お薬の種類で苦手なものはありますか？ ある ない (何でも飲める)

苦手な種類・・・(錠剤 ・ 粉薬 ・ シロップ ・ カプセル ・ 漢方薬)

⑥ 今までに病気にかかったり、手術を受けたことがありますか？

病 気 はい ・ いいえ (いつ頃： _____) (病名： _____)

手 術 はい ・ いいえ (いつ頃： _____) (病名： _____)

⑦ お薬や食べ物などでアレルギーが出たことがありますか？ ある ・ ない

どのようなものですか？ (食べ物： _____) (薬剤： _____)

⑧ たばこ・アルコールを飲みますか？ はい ・ いいえ

たばこ (_____) 本/日 × (_____) 年、アルコール (_____) /日

⑨ (女性の方のみ) 現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？ はい ・ いいえ

妊娠 (_____) 週 授乳中 ・ 最終月経 (_____) ~ (_____) 順 ・ 不順

当院をお知りになったきっかけは何ですか？ (複数回答でも構いません。)

近所に在住 (通勤・通学路) / ホームページ / 広告 (看板) / 知人の紹介

他の医療機関からの紹介 / その他 (_____)

看護師 記入欄

㊞

KT	PR	BP	R	SpO2

(ストレッチャー ・ 杖 ・ 車椅子 ・ 独歩)

レベル () 付添 (有 ・ 無)

ベッド ・ 待合室

