

問診票

ID _____

円滑な診察のため、できるだけ詳しくご記入いただけますようお願いいたします。
この問診票は電子カルテに保存されます。

フリガナ

お名前 _____ 生年月日 (大正、昭和、平成) _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 才 (男・女)

〒 _____

住所 _____ 電話番号 _____

1. 当院は、はじめてですか? (はい、いいえ) 15歳以下の方: 体重 _____ kg
2. どうされましたか?
(いつ頃から)
(どのような)
3. 今回の症状で、これまでに当院もしくは他の医療機関にかかられましたか?
はい (当院 _____ 月ごろ、 _____ 病院) いいえ
4. 現在、当院に他のご病気でかかられていますか?
はい (_____) いいえ
5. 本日の診察について、ご希望があればお書き下さい。
血液検査希望・尿検査希望・レントゲンを撮ってほしい・胃カメラ大腸カメラ希望
点滴希望・漢方薬を希望・肩や膝の注射希望・粉薬は飲めない・インフルエンザの検査
その他 (_____)
6. お薬・食べ物でアレルギーがあればお書き下さい。
(_____)
7. 女性のみへの質問
現在妊娠している可能性はありますか?
はい (妊娠 _____ 週) いいえ わからない
8. 今までに大きな病気・手術・入院治療などの既往歴があればお書き下さい。
(_____)
9. 診察希望の医師をお書き下さい。 (_____)

現在内服中の薬があれば診察室でお話し下さい。

もしお薬手帳など内容がわかるものがありましたら、ご用意お願いします。