

# 問 診 票

当院を受診されたことはありますか？      ある      ない

(ふりがな)

お名前

男

女

大正

昭和

平成

令和

年

月

日

住所

〒

—

電話 ( )

—

携帯電話

—

—

ご紹介者

体重 (15歳以下の方)

kg

飲めない薬の形状に×を

カプセル

錠剤

シロップ

粉薬

本日みてほしいところはどこですか？

耳

鼻

のど

その他 ( )

いつから、どのような症状ですか？

今までにかかった病気、治療を受けている病気はありますか？

ない

ある

高血圧

心疾患

糖尿病

緑内障

前立腺肥大

ぜんそく

アトピー性皮膚炎

肝炎 ( )

その他 ( )

他の病院でもらっているお薬はありますか？

ない

ある

(薬の名前

)

今、お薬手帳をお持ちですか？ 持っている 持っていない

お薬で副作用が出たことはありますか？

ない

ある

(薬の名前・症状

)

その他になにか話しておきたいことがあればお書きください。

(

)