

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) 昭和
お名前 男 平成 年 月 日
女 令和

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？ いつから、どのような症状ですか？
耳 鼻 のど その他 ()

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 (型)
その他 ()

他の病院でもらっているお薬はありますか？ 今、お薬手帳をお持ちですか？
ない ある (薬の名前)

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)

新型コロナワクチンを最後に接種したのはいつ頃ですか？
(年 月に 回目を接種 / 接種していない)

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。
()