

問 診 表

フリガナ	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成
氏名	年 月 日	歳 男 ・ 女
〒	電話番号 ()	—
住所	携帯電話 ()	—
今日はどうかさいましたか？(症状など)		
現在何かの病気で、他の病院・診療所等に通院していますか？ はい ・ いいえ		
病名()		
現在服用している薬がありますか？ はい ・ いいえ		
薬品名()		
今までに、大きな病気や怪我をしたことがありますか？ はい ・ いいえ		
病名()		
入院したことはありますか？ はい ・ いいえ		
病名() 施設名()		
手術したことはありますか？ はい ・ いいえ		
病名() 施設名()		
薬の副作用が出たことはありますか？ はい ・ いいえ		
薬品名()		
飲めない薬の形状はありますか？ はい ・ いいえ		
粉 ・ 錠剤 ・ カプセル ・ シロップ		
当院はどのようにお知りになりましたか？		
家族に聞いた ・ 知人に聞いた ・ 看板を見た ・ インターネット ・ その他()		
領収書とは別に明細書の発行を希望しますか？ はい ・ いいえ		
(明細書は医療費控除等の手続きには必要ありません)		
女性の方のみ記入してください		
現在妊娠していますか？ はい(月) ・ いいえ ・ わからない		
現在授乳していますか？ はい ・ いいえ		