

体温:

尿検査

# 問 診 票

保険証を受付にお出し下さい

受診日：平成 年 月 日

フリガナ 氏名	様	性別 男 女	生年月日	明治	年	月	日
				大正 昭和 平成			
住所	郵便番号 □□□□-□□□□						
電話				職業			

(下記にあてはまる所に記入して下さい。)

- いつから、どんな症状 がありますか。  
いつから 症状
- 現在、他の医院・病院にかかっていますか。  
① かかっている。病院名： 病名：  
② かかっていない。
- 現在、服用中の薬又は常用薬がありますか。  
① ある 薬の名前：  
② ない ・薬手帳持参
- 今までに次のような病気をしたり、入院・手術をしたことがありますか。  
① ある 糖尿病・腎炎・高血圧・心臓病・結核・ぜんそく・肝臓病  
胃・十二指腸潰瘍・前立腺肥大・緑内障  
その他 ( )  
② ない
- 今まで薬や注射でアレルギー(じんましんが出たり、気分が悪くなったり)がでたことがありますか。  
① ある(薬品名： )  
② ない
- タバコは吸いますか。 ① はい ② いいえ ③ 以前吸っていたがやめた
- アルコールは飲みますか。 ① はい(毎晩・時々・たまに) ② いいえ
- 女性の方へ：現在妊娠されていますか。 ① はい ② いいえ  
最後の生理はいつですか( 月 日)
- お薬が出た場合、保険薬局さんはどちらに行かれますか。  
① 特に、きまっていない。 ② きまっている( \_\_\_\_\_ 薬局 \_\_\_\_\_ 店)
- その他、希望事項(検査をしてほしい、点滴をしてほしい、診断書がほしい等)  
( )