

< 問 診 票 >

年 月 日

初診の方、いつもおかかりつけの病気でなく受診される場合も 可能な範囲で ご記入ください。
病気・症状 によっては、お呼びする順番 が 多少前後する場合がございます。
ご理解・ご協力 のほど何卒よろしくお願ひします。

フリガナ	
氏 名 :	(男 ・ 女)
住 所 :	〒 -
電話番号 :	
生年月日 :	T・S・H・R 年 月 日 (歳)

☆今回の症状は・・・ 体温 _____℃

どのような経過ですか？ :

☆持病はありますか？ (喘息 ・ 花粉症 ・ アレルギー性鼻炎 ・ アトピー)
その他・・・ _____ 歳 _____ 歳
_____ 歳 _____ 歳

☆アレルギーはありますか？ 薬 ……
食べ物 ……

☆お酒は飲みますか？ ・ はい (毎日飲む ・ 週3~4日 ・ たまに飲む)
・ いいえ (全く飲めない ・ 禁酒中)

☆タバコを吸ったことがありますか？ ・ はい (今も吸っている ・ 以前吸っていた)
_____ 歳から _____ 歳まで 1日平均 _____ 本
・ いいえ 全く 吸ったことがない

☆女性の方へ・・・ 現在 (妊娠中 ・ 妊娠の可能性は否定できない ・ 授乳中)
_____ である。

~~~~~ **咳の方** は こちらにもお答えください ~~~~~

☆過去に咳が3週間以上長引いたことが・・・ ある ・ ない

☆親・兄弟にアレルギー持ちの人が・・・ いる ・ いない

☆ペットは飼っていますか？ …… いない ・ いる (種類: \_\_\_\_\_)

☆1か月以内の海外渡航歴 …… なし ・ あり (エリア: \_\_\_\_\_ 時期: \_\_\_\_\_)

~~~~~

最後に・・・当院を何でお知りになりましたか。(いくつでも)

(ご近所さん ・ 知人の紹介 ・ 病院の紹介 ・ ネット ・ その他)

たくさんご協力ありがとうございました。