

秋葉原中央通診療所 問診票

※診察券をすでにお持ちの方は氏名・診察券 No.のみのご記入で構いません。

フリガナ _____ 性別 男・女 診察券 No. _____
氏名 _____ 生年月日 T・S・H・R 年 月 日 _____
住所 〒 _____
電話番号 _____ e-mail _____

医師の診察の前に、わかる範囲で結構ですので、以下の項目の記載をお願いします。

体温 _____ °C 血圧 _____ / _____ mmHg

① 受診を希望される診療科をお選びください。

内科 ・ 皮膚科 ・ アレルギー科 ・ その他 (_____)

② 現在お困りのことを、なるべく具体的に記載してください。

部位:

症状:

③ それはいつ頃からでしょうか。

④ これまでに大きなご病気やお怪我をされたことはありますか。

ない ・ ある →(病名 _____ / _____ 歳頃)

⑤ 現在、定期的に飲まれているお薬がありますか。

ない ・ ある →(薬の名前 _____)

⑥ 今までに、薬を飲んだ後の気分不快や、皮膚の発疹、じんましん、目の腫れ、息苦しさ、などの薬物アレルギーの症状を自覚したことがありますか。

ない ・ ある →(薬の名前 _____)

⑦ お酒は飲まれますか。

飲まない ・ 飲む →(量 _____ 杯/日・週 お酒の種類: _____)

⑧ タバコは吸われますか。

吸わない ・ 吸う →(量 _____ 本/日)

⑨ (女性の方に) 現在、妊娠している可能性はありますか。 また授乳中ではないですか。

ない ・ ある(_____ ヶ月) ・ 授乳中

⑩ 当院をどちらでお知りになりましたか？

個人情報保護法に基づき、記載された情報は、当院における診療目的以外に利用されることはありません。