

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お名前・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 _____

※以下はどちら様もご記入をお願いします。

医師の診察の前に、わかる範囲でかまいませんので、以下の質問にお答えいただけましたら幸いです。

ご記入いただきました情報は、当院における診療の目的以外に利用されることは決してございません。

体温 _____℃ 血圧 _____ / _____ mmHg

① 本日受診を希望される科目は以下のどちらでしょうか。 内科 ・ 皮膚科 ・ その他 ()

② 現在お困りのことを、なるべく具体的にお聞かせください。

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、お薬を飲んだ後に皮膚の湿疹、じんましん、目の腫れ、気分不快や呼吸が苦しい、などの薬物アレルギーの症状が出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 お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？

以上です。ありがとうございました。ご記入が終わりましたら、お手数ですが受付にお声かけください。