年　　月　　日

問診票

医療法人 仁桜会

ふりがな		男・女	大・昭・平・令　　年　　月　　日	
お名前			年齢	職業
ご住所	〒　　—		ご自宅の電話番号 —　　—	
			携帯電話番号 —　　—	
処置の正式名称や保険点数などを記載した『明細書』はご希望されますか？⇒　はい　・　いいえ				

※12歳以下の方はご記入ください：体重　　kg

処方される薬の希望形状はありますか？

粉薬　・　シロップ(4歳まで)　・　チュアブル(水がいらない・口の中で溶ける)　・　錠剤

① 本日はどのような症状でご受診されましたか？

花粉症の方は欲しいものに○をしてください

内服薬　・　点鼻薬　・　点眼薬

コンタクト　使用している　・　していない

ご希望の薬（　　）

② 上記の症状はいつからありますか？

本日から　・　____日前から　・　____週間前から　・　____カ月前から　・　____年前から

③ 治療中の病気、過去に治療した病気はありますか？

高脂血症　高血圧　糖尿病　精神疾患　てんかん　前立腺肥大　喘息　膠原病

白内障　緑内障　肝炎（B型・C型）　腎臓病　心臓病　HIV

その他（　　）

④ 手術歴はありますか？

ない　・　ある（手術名：　　いつ頃ですか？：　　）

⑤ 現在飲んでいるお薬、使用しているお薬はありますか？

ない　・　ある（薬剤名：　　医療機関：　　）

⑥ アレルギーまたは、使用して具合が悪くなった薬はありますか？

ない　・　ある（薬剤名：　　）

⑦ 対象の方のみお答えください。

妊娠中　⇒　（妊娠　　週）　・　妊娠の可能性がある　・　授乳中

※診察を円滑にするため全てご記載ください。個人情報保護法に基づき個人情報は診療以外に使用しません