

問診表

重・急

体温 °C

(医師が病状を把握するのに大変重要な情報となります。なるべく詳しく記載してください。)

記入年月日 平成 年 月 日

ふりがな		生年 月 日	明治、大正、昭和、平成 年 月 日生(歳)
氏名			
住所	〒	自宅TEL 携帯TEL	() - -

○ 本日受診することになった主な症状(どんな)や経過(いつから)を教えてください。

○ 以下の病気にかかったことがある、または治療中の方は、○をしてください。

(脳梗塞、心筋梗塞、狭心症、不整脈、胃潰瘍、前立腺肥大、緑内障、喘息、アトピー)

○ 上記以外に、これまでににかかった病気、けが、手術はありますか？それは何歳ごろですか？

_____ 歳ごろ _____ 歳ごろ
_____ 歳ごろ _____ 歳ごろ

○ 現在、他の医療機関にかかっていますか？ (はい・いいえ)

病名：_____ 医療機関名：_____

○ 現在、内服中の薬はありますか？(薬の数が多い方は記載せずに、くすり手帳やメモ等をご提示いただければ結構です。)

はい(薬品名 _____)・いいえ

○ これまでに薬や食べ物にアレルギーはありますか？ (はい・いいえ)

薬品名：_____ 食品名：_____ その他 _____

○ 飲酒しますか？ (はい・いいえ) ○喫煙しますか？ (はい()本・いいえ)

○ ご職業は何ですか？ () ○(女性)妊娠中もしくは授乳中ですか？ (はい・いいえ)

○ (小児)お子さんの体重は何 kg ですか？ ()kg

○ 本日特に希望する検査はありますか？ _____

○ 当院は、基本的に**院内処方**になります。当院では正規医薬品に加え、一部ジェネリック(後発)医薬品(同成分安価)を採用しています。 **処方に関する希望**を、以下より選択ください。

- 出来るだけジェネリックを採用してほしい
- 出来るだけジェネリックを採用しないでほしい(院内にない薬剤は院外処方になります)
- 粉薬が嫌いor飲めない
- 薬は極力少ない方がいい
- 出来るだけ漢方薬を処方してほしい
- その他 _____

以上 ご協力ありがとうございました。



UCHIKOSHI MEDICAL CLINIC