

外来診察問診表

年 月 日

※ ※ 問 診 ※ ※

● いつ、どこで、どうされましたか？どんな症状が、いつ頃から続いていますか？

● いままでに、アレルギーなどはありましたか？

(いいえ ・ はい) _____

● お薬・注射などで、気分が悪くなったことはありますか？

(いいえ ・ はい) _____

● 現在、他の病院・薬局で何か治療をされていますか？

(いいえ ・ はい) _____

● 今までにかかった病気（手術なども含む）などはありますか？

(いいえ ・ はい) _____

● お薬手帳はお持ちですか？

(いいえ ・ はい)

● アルコール類は、飲みますか？

(いいえ ・ はい)

● タバコは、吸いますか？

(いいえ ・ はい)

● (女性のみ) 現在妊娠している、または

妊娠している可能性はありますか？

(いいえ ・ はい)

● (女性のみ) 授乳中ですか？

(いいえ ・ はい)

診療申込書

初診・再診 NO.

年 月 日

| | |
|------|-----------------------|
| ふりがな | |
| 氏 名 | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | M・T・S・H・R 年 月 日 (歳) |
| 住 所 | 〒 |
| 電 話 | () |
| 携帯電話 | |

| | |
|-------|-------------------|
| 緊急連絡先 | 氏名 (続柄：) TEL () |
|-------|-------------------|