

問診した内容は診察や事前検査の参考にさせていただきます。  
ご記入の際、不明な点は空白のままでも結構です。ご協力をお願いします。

|                          |        |                     |          |       |
|--------------------------|--------|---------------------|----------|-------|
| フリガナ                     |        | 男<br>・<br>女         | 生年月日     |       |
| 氏名                       |        |                     | 明治・大正    | 年 月 日 |
| 住所                       |        | 〒 _____             |          |       |
| 電話番号 ( )                 | 携帯 ( ) | 身長                  | cm(小児のみ) |       |
| 緊急連絡先 ( )                |        | 体重                  | kg(小児のみ) |       |
| 来院されたきっかけは何ですか？          |        | (続柄: _____)         |          |       |
| □知り合いからの紹介 ( _____ 様)    |        | □家族からの紹介 ( _____ 様) |          |       |
| □ホームページ(インターネット)         |        | □近所 □住宅地図           |          |       |
| □電話帳 □バス広告 □その他( _____ ) |        |                     |          |       |

1. どのような症状でお困りですか？

( \_\_\_\_\_ )

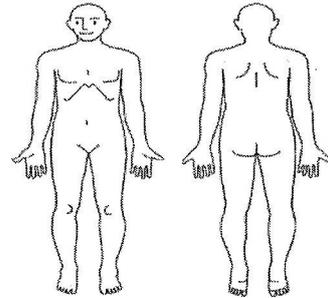
2. それはいつ頃からですか？

( \_\_\_\_\_ )

3. 女性の方のみ

妊娠の可能性 □無 □有  
授乳中ですか？ □いいえ □はい

具合の悪い箇所に○をつけてください



4. 現在飲んでいる薬又は、治療中の病気はありますか？(他医の薬、市販の薬、健康食品等)  
□いいえ □はい “はい”の方でお薬手帳をお持ちの方はご提示ください。

( \_\_\_\_\_ )

5. 今までにかかった病気はありますか？

□いいえ □はい ( □高血圧 □糖尿病 □心臓病 □腎臓病  
□肝臓病 □胃・十二指腸潰瘍 □結核 □喘息  
□その他( \_\_\_\_\_ ) )

6. これまでに飲み薬や注射で気分が悪くなったり、副作用が出たことがありますか？

□いいえ □はい ( □抗生剤(抗生物質) □かぜ薬 □解熱鎮痛剤  
□造影剤 □その他( \_\_\_\_\_ ) )

はいと答えた方は薬剤名を書いてください ( \_\_\_\_\_ )

7. アレルギー体質と言われたことがありますか？

□いいえ □はい ( □喘息 □鼻炎 □結膜炎 □花粉症 □じんま疹  
□湿疹 □アトピー  
□その他( \_\_\_\_\_ ) )

8. 入院あるいは手術を受けたことがありますか？

□いいえ □はい(疾患名 \_\_\_\_\_ )

9. 後発医薬品(ジェネリック医薬品)を希望しますか？ □いいえ □はい

10. ステロイド外用剤の使用について □必要なら使用する □使用して欲しくない

ご協力ありがとうございました。書き終わりましたら、この用紙を受付にお渡してください。