

問 診 票 (ホームページ/印刷用)

年 月 日

ふりがな 氏名	(生年月日) 明・大・昭・平 年 月 日生 才
住所	電話 (携帯電話可)
いかがなさいましたか。	・腹痛 ・胃痛 ・咳 ・熱がある ・頭痛 ・めまい (その他:)
いつ頃からの症状ですか。	年 ヶ月 日前から・時々
今まで大病経験がありますか。	はい ・病 名 () ・いつ頃 () ・治療された病医院名 () いいえ
現在、他の病気などで病医院に通院されていますか。	はい ・病医院名 () ・病 名 () いいえ
現在、服用中のお薬はございますか。	ある ・薬品名 () () () () ない
薬を使ったときの副作用はございますか。 (ある方は、薬品名に○を付けてください)	ある ・薬品名 ・ピリン剤 ・ペニシリン剤 ・ヨード剤 ・局所麻酔剤の過敏症 ・その他薬品名 () ない
体質について (経験のある方は、○を付けてください)	・じんましんがおきやすい。 ・特異体質と言われた事がある。 ・アトピー性皮膚炎 ・食物アレルギー ・気管支喘息 ・その他 ()
その他、診察を受けるのに参考になることがあれば、お聞かせください、	・これまでに肝炎と言われた事はありますか。 ある (型肝炎) / ない / わからない ・ここ2週間、海外旅行に行かれたか。 はい (旅行先:) いいえ
女性の方にお聞きします。	・妊娠していませんか。 している (ヶ月) / していない / 可能性あり ・現在、授乳中ですか はい / いいえ
おいかわ内科クリニックを知ったきっかけは？	・ホームページ ・電話帳 ・広告 ・家族からの紹介 ・知人からの紹介 ・その他 ()

《この用紙は、印刷してご利用ください。ご記入いただいた上で、来院時に受付にご提出願います。》