

問診票

令和 年 月 日

交通事故・労災・それ以外

再診で住所が同じ場合は記入不要 ⇒

フリガナ
氏名
T・S・H・R 年 月 日生 男・女

住所
TEL () -

1. a) どうされましたか？

--

身長	c m
体重	Kg
職業	

b) それはいつからですか？

または

年 月 日 (ごろ)

約 (年・カ月・日) 前から

2. これについて他の医療機関にかかりましたか？ ① いいえ

医療機関	
------	--

② はい

3. 現在右の病気はありますか？
あれば○で囲んで下さい。

高血圧・糖尿病・高脂血症・痛風・喘息・狭心症・脳梗塞 胃十二指腸潰瘍・腎臓病・緑内障・虫歯 その他 ()
--

4. 今まで大きな病気やけがは？ ①なし ②あり

--

5. いま飲んでいる薬はありますか？

- ① なし
- ② あり

薬手帳 (あり なし 家にある)

6. 右のような体質はありますか？

- ① なし
- ② あり

・副作用の出た薬 ()
・食べ物アレルギー ()
・かぶれやすい・むせやすい・その他 ()

7. 生活についてお聞きします。

1) 食事はしっかり摂っていますか？ ① はい ② 不規則 ③ 食べ過ぎる ④ 少食

2) カフェインの入った飲み物は？ ① 毎日飲む ② 時々飲む ③ 飲まない

3) お酒は飲みますか？ ① はい ② いいえ

①⇒飲む場合何をどれだけの量、週何日位飲みますか？ []

4) たばこは吸いますか？ ① はい [1日 本 年間] ② いいえ

5) 健康食品・サプリメントを利用していますか？ ① はい ② いいえ

①⇒ (商品名:)

6) 車の運転や建設や工作の機械を操作しますか？ ① はい ② いいえ

8. 女性の方にお聞きします。(レントゲン撮影や投薬時に必要な項目です。)

- ① 妊娠中 (週) ② 妊娠の可能性あり ③ 授乳中 ④ 該当なし

☆なお、後発品調剤 (ジェリック) を希望しますか？ (希望する・希望しない・どちらでも良い)

この個人情報、治療ならびに処方についてのみ利用し、その他の目的では使用しません。 また、薬局や紹介先などから情報提供を求められた時にはお伝えします。
