

問診票

氏名 _____

年齢 _____

才 _____

①前回（概ね1か月以内）から継続治療中の方へ

調子はどうですか？

[_____]

①以外の方（①の方はここから下は記入不要です。）

今日はどのような症状を診てもらいたいですか？

| | |
|------|--|
| いつから | |
| どこが | |
| 症状 | |

現在の症状について、ほかの病院で診察を受けたことやお薬の処方がありましたか？

なし ・ あり（病名： _____ 薬名： _____ ）

家族・職場・学校など、まわりで流行している病気はありますか？

なし ・ あり（病名： _____ ）

解熱剤、痛み止めを希望しますか？ 希望なし ・ 希望あり

お薬の剤型に希望はありますか？ （ なし ・ 錠剤 ・ 散剤 ・ シロップ ）

女性の方へ、妊娠中/授乳中ですか？ ・なし ・妊娠中（ _____ か月） ・授乳中 ・妊娠の可能性あり