

# 問診票

(スムーズで質の高い医療を提供するために問診票の記載をお願いします)

氏名 \_\_\_\_\_

年齢 \_\_\_\_\_ 才

## 1. ①前回診察の続き（おおむね1か月以内）の方

1. 今日はどこをみてもらいたいですか？ {みみ・はな・のど・くび・かお・めまい・その他（ \_\_\_\_\_ ）}

2. お薬処方あった方へ、効果を聞かせてください。 { \_\_\_\_\_ }

3. 残っている症状や困っている事はありますか？ { \_\_\_\_\_ }

## ②新しい症状で受診の方

1. 今日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	

2. 治療中の病気はありますか？

\_\_\_\_\_ (お薬手帳がありましたらご提出ください。)

なし ・ あり

病名：

薬名：

3. 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： \_\_\_\_\_)

4. 解熱剤、痛み止めを希望しますか？ ( 希望なし ・ 希望あり ) (薬剤名： \_\_\_\_\_)

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

6. 薬で副作用が出た事がありますか？ なし ・ あり (薬名： \_\_\_\_\_ 症状： \_\_\_\_\_)

7. 女性の方へ、妊娠or授乳中ですか？ ( なし ・ 妊娠中 { \_\_\_\_\_ か月 } ・ 授乳中 ・ 妊娠の可能性あり )