

初めての方へ

問診票

フリガナ		生年月日	性 別	令和 年 月 日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日	男女
お名前				(歳 九月)		
ご住所	〒 —					
自宅電話		携帯電話				
身長	cm	体重	kg	本日の体温	℃	
				いつ頃からですか?		日

☆本日受診した症状についてお尋ねします

風邪症状	熱がある 咳が出る 鼻水が出る たんが出る のどが痛い 関節痛 寒気	いつから (
腹部症状	腹痛 吐き気 嘔吐 下痢 便秘 胃の調子が悪い 食欲がない	いつから (
胸部症状	胸痛 胸が苦しい 圧迫感 動悸 息苦しい ゼイゼイする	いつから (
皮膚症状	湿疹 かゆみ 痛み	いつから (
ケガ	どこをケガしましたか (
検診・検査	乳がん 大腸がん 骨粗しょう症 胃がん 甲状腺	
その他		

◎ 現在、処方されている薬がありますか? はい いいえ
(マイナ保険証による情報取得に同意した方については、直近1ヶ月以内の処方薬を除き、省略可能*)
(薬剤名:)
(用量:)
(投薬期間:)

◎ これまでに薬や食品などで、アレルギーを起こしたことがありますか? はい いいえ
(原因:)
(症状:)

◎ 現在、妊娠中又は授乳中ですか?(女性のみ) はい(ヶ月・授乳中) いいえ

※ 裏面もご記入ください

