

この質問表は、病気を治すために大切な資料となります。差し支えない範囲で、ありのままお書きください。秘密は固くお守りいたします。

ID () 受診日 年 月 日

フリガナ 氏名		性別： 男性・女性
年齢： 歳	生年月日 T・S・H・R	年 月 日
住所：〒		
電話：	携帯：	
緊急連絡先：	続柄 ()	

① 現在の症状を○でかこんでください。 体温 _____ °C

★いつから (本日 ・ _____ 日前から)
 発熱 (°C) 頭痛 咽頭痛 鼻汁 鼻閉 咳 胸痛 腹痛
 嘔気 嘔吐 下痢 腰痛 その他 ()

② 他の医療機関を受診されましたか？

はい (病院名： _____) ・ いいえ
 その際お薬は処方されましたか？

はい (処方内容： _____) ・ いいえ

*市販薬で飲んだものがありましたら上記にお書きください

※本日薬手帳・薬袋 (薬品名が分かるもの) をお持ちですか？ はい ・ いいえ

➡ はい に○をされた方は受付へお出しください

③ 現在、定期的に飲まれているお薬や市販薬、サプリメントはありますか？

はい (_____) ・ いいえ

④ 診察についてご要望がありますか？ 下記に○をするか、具体的にお書きください。

a.精密検査希望 (_____)

b.早く治したいので、費用がかかってもできる限りの治療をしてほしい。

c.痛いのはとても苦手。

d.検査や薬は必要最小限にしてほしい。

e.粉薬が飲めない。

(その他の要望： _____)

裏面へ続きます➡



