

青柳医院 問診票

平成 年 月 日

診察の参考に致しますので、差し障りのない範囲でお書き下さい。

フリガナ

氏名： _____ 年齢： _____ 才 (男 ・ 女)

住所： _____

電話 (自宅) : _____ (_____) / 電話 (携帯) : _____

身長： _____ cm 体重： _____ kg 体温： _____ °C

1. あなたは、どのような症状で来院されましたか？

2. その症状は、いつ頃からですか？

3. そのために、他の病院 (医院) で診察を受けましたか？

ない ・ ある 病院・医院名： _____
投薬： なし・あり (_____)

4. 今までに、何か病気をしたり、入院・手術を受けたことはありますか？

ない ・ ある (_____ 才頃 病名： _____)
(_____ 才頃 病名： _____)

5. 現在、飲んでいる薬はありますか？

ない ・ ある (薬の種類： _____)

6. 今までに、薬や食べ物でアレルギー (湿疹・ショックなど) を起こしたことがありますか？

ない ・ ある (何で： _____)

7. お酒やタバコはたしなみますか？

お 酒： 飲まない ・ 飲む (銘柄： _____ 杯/日)

タバコ： 吸わない ・ 吸う (タバコ _____ 本/日)

*記入後は受付にお渡し下さい。御協力ありがとうございました。