

# 青柳医院 問診票

平成 年 月 日

診察の参考にさせていただきますので、差し障りのない範囲でご記入をお願い致します。

フリガナ

氏名： 年齢： 才 ( 男 ・ 女 )

住所：

電話 (自宅)： ( ) 電話 (携帯)：

- どのような症状で来院なさいましたか？
- その症状は、いつ頃からですか？
- そのために、他の医療機関で診察を受けましたか？  
いいえ ・ はい → 医療機関名：  
処 方：
- 今までに、何か病気にかかったり、入院・手術を受けたことはありますか？  
いいえ ・ はい → ( 才 病名： )  
( 才 病名： )
- 現在、通院中の病気や飲んでいるお薬はありますか？  
いいえ ・ はい → (病名： )  
(処方： )
- 今までに、薬や食べ物でアレルギー（発疹・ショック）がありますか？  
いいえ ・ はい → (原因： )
- タバコやお酒はたしなみますか？  
タバコ： 吸わない ・ 吸う → (本数： /日)  
お 酒： 飲まない ・ 飲む → (種類： /日)
- お薬はジェネリック医薬品（後発医薬品）を希望されますか？  
ジェネリックを希望する ・ ジェネリックを希望しない
- 病院・医院で苦手なこと、何かご希望はありますか？  
(注射・採血が嫌い、粉薬がのめない、検査して欲しい・・・等)

\* 記入後は受付へお渡し下さい。ご協力ありがとうございました。