

問 診 票

フリガナ： _____	当院で記入：BP① / ② /
氏名： _____	昭和・平成・令和 年 月 日生 / 年齢 才
性別：男・女 _____	本日の体温 _____℃ / 新型コロナワクチン接種回数 () 回
住所：〒 _____	
固定電話：() - () - () 携帯電話：() - () - () 緊急時連絡先：() - () - () / 続柄 ()	

1. 受診の理由、該当する症状に をお入れ下さい

- 全員ご記入下さい → 診察 予防接種・抗体検査 健診
- 熱 咳 鼻水 のどの痛み 腹痛 胃痛 胸やけ
 便秘 下痢 嘔気・嘔吐 残尿感 排尿時の痛み
 糖尿病の治療 のど渇き 手や足のしびれ 疲れやすい
 胃カメラを希望 → 初めて / 経験がある (経口 / 経鼻)

2. 自覚症状のある方

→いつ頃からですか？ 年 月 日頃より
 経過をご記入下さい： _____

3. 現在、治療中の病気・内服薬がありましたら をお入れ下さい → なし

- 糖尿病 高血圧 脂質異常 高尿酸血症・痛風 喘息 花粉症
 癌() 心疾患 脳梗塞・脳血症 緑内障 前立腺肥大
 内服薬 (内容)
 手術経験 (内容) : 年 月頃
 その他()

4. アレルギーのある方は をお入れ下さい → なし

薬剤(薬剤名) 消毒用アルコール

5. 以下の嗜好品で該当欄のある方は をお入れ下さい → なし

喫煙歴 : ()年間・本数()本 / 日
 アルコール : 週()日 / 何を / どれ位

6. 女性の方へ

- 妊娠中 妊娠の可能性がある 授乳中 あてはまらない

お持ちの方は、お薬手帳をご提示ください・鶴川内科クリニック