

雪月花メディカルクリニック秋葉原診療所 問診票

診察券をすでにお持ちの方は、氏名と診察券 No. のみの記載で構いません。

フリガナ _____ 性別 男 ・ 女 診察券 No. _____
氏名 _____ 生年月日 S ・ H ・ R 年 月 日
住所 〒 _____
電話番号 _____ e-mail _____

医師の診察の前に、わかる範囲で結構ですので、以下の項目の記載をお願いします。

体温 _____ °C 血圧 _____ / _____ mmHg

① 受診を希望される診療科をお選びください。

内科 ・ 皮膚科 ・ アレルギー科 ・ その他 (_____)

② 現在お困りのことを、なるべく具体的に記載してください。

部位：

症状：

③ それは、いつ頃からでしょうか。

④ これまでに、大きなご病気やお怪我をされたことはありますか。

ない ・ ある →(病名 _____ / _____ 歳頃)

⑤ 現在、定期的に飲まれている薬はありますか。

ない ・ ある →(薬の名前 _____)

⑥ 今までに、薬を飲んだ後の気分不快や、皮膚の発疹、じんましん、目の腫れ、息苦しさ、などの薬剤アレルギーの症状を自覚したことがありますか。

ない ・ ある →(薬の名前 _____)

⑦ お酒は飲まれますか。

飲まない ・ 飲む →(量 _____ /日・週 お酒の種類： _____)

⑧ タバコは吸われますか。

吸わない ・ 吸う →(量 _____ 本/日)

⑨ (女性の方のみ) 現在、妊娠の可能性はありますか。 また、授乳中ではないですか。

ない ・ ある (_____ ヶ月) ・ 授乳中

⑩ 当院をどちらでお知りになりましたか。