

問 診 票（基本情報用）

新患の方の診察はカルテ作成のため再診の方の後になることがあります

ふりがな

氏 名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____

住所 〒 _____ TEL _____

◇次にあげるような病気にかかったことがありますか？（○をつけてください）

アトピー性皮膚炎 じんましん 喘息 鼻アレルギー 眼アレルギー 心臓病 高血圧 不整脈
高脂血症 肝臓病 腎臓病 糖尿病 リウマチ 甲状腺の病気 胃潰瘍・胃炎 腸の病気
婦人科系の病気 その他（具体的に_____）

◇現在使用している薬はありますか？（他疾患の薬を含めて） はい いいえ
あればお書き下さい。

◇下記の薬剤で不具合を生じたことはありますか？（○をつけてください）

麻酔薬 消毒薬 予防接種 その他（抗生剤、ピリンなど _____） 特にない

◇ジェネリック医薬品の使用を希望されますか？（○をつけてください）

ジェネリック医薬品とは、製薬会社が開発した医薬品（先発品）の特許が切れた後に、別のメーカーが同じ有効成分でつくる薬のこと。後発品ともいいます。値段が安い反面、効果が不安定なことがあります。

当院の在庫薬によっては先発品、あるいは後発品しか選べないものもございます。

積極的に希望する なるべく希望する 医師の判断に任せる あまり希望しない 絶対に希望しない

◇診療内容の明細書を領収書とは別に発行することができます（受付に見本があります）。
発行を希望されますか？ はい いいえ

◇当院をどこでお知りになりましたか？（○をつけてください）

当院のホームページ その他インターネット（ _____ ）

NTTタウンページ ミニコミ誌（タコユース・麻生区マイタコ 21） 病院案内の雑誌

日経ヘルスなどの雑誌 あざみ野駅バス停の看板 通りがかり

他の人からの紹介（ _____ 様）

その他（ _____ ）

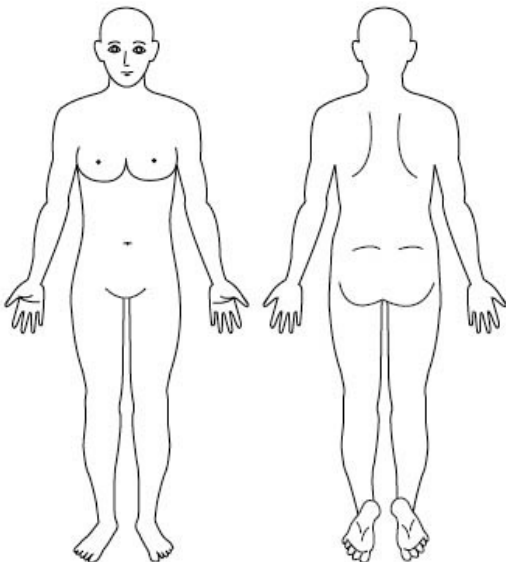
問診票（今回のご相談内容）

氏 名 _____

今回のご相談内容を詳しく書いてください。

（いつ頃から、どこに、どんな症状があるか、どんなことが特に困っているのかなど）

あてはまる体の部位に○をつけてください



ご協力ありがとうございました。