

問診票

フリガナ			生年月日	昭和・平成	年	月	日
名前		男・女					
住所	〒		電話番号	—		—	

・本日はどのような症状で受診されますか？該当する項目に記入してください。

- | | |
|--|--|
| 1) これまでにかかった病気はありますか？
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(病名：_____) | 4) 風邪薬や花粉症のお薬等で眠気を起こしやすいですか？
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(薬品名：_____) |
| 2) 現在治療中の病気はありますか？
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(病名：_____) | 5) アレルギー(薬・食べ物)を起こしたことはありますか？
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(薬品名：_____) |
| 3) 現在内服中の薬(市販薬を含む)はありますか？
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(薬品名：_____) | 6) 女性の方へ 現在妊娠中・授乳中ですか？
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(妊娠中・授乳中) |

【内科】 (いつから： 前から) 【現在の体温： _____℃】

- 発熱(最高 _____℃) 咳 痰 喉が痛い 鼻水・鼻づまり 悪寒 関節痛 だるさ 胸痛 動悸
吐き気・嘔吐 腹痛 下痢 便秘 生活習慣病(高血圧・高脂血症・糖尿病・痛風) 喘息
インフルエンザ検査希望 咽頭(咽頭)淋菌・クラミジア検査希望 その他(_____)

【アレルギー科】 (いつから： 前から)

- 鼻水・鼻づまり 目の痒み アレルギー検査希望
その他(_____) ※金属パッチテストは行っておりません

【皮膚科】 (いつから： 前から) ※陰部(陰茎含む)も皮膚科診察です

部位 症状のある部位に○を付けてください(右図にご記入下さい)

症状 かゆみ 痛み 赤み ぶつぶつ 化膿

しこり できもの 傷 やけど

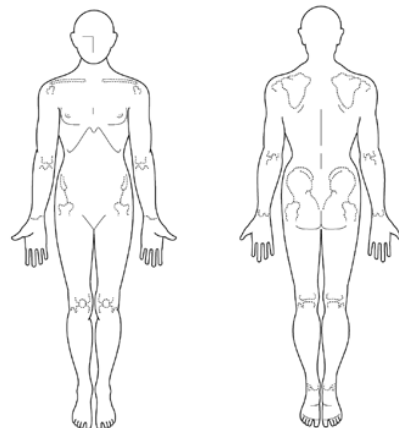
その他(_____)

※尖圭コンジローマ(陰部のいぼ)の検査は行っておりません

自覚症状を認めない場合は、診察・検査・処方の全ての代金が自費診療になります

【泌尿器科：男性の性病(尿道炎)・女性の膀胱炎】 (いつから： 前から)

- (男性のみ) (尿) 淋菌/クラミジア検査希望 尿道に痛み・違和感 尿道から膿が出る (女性のみ) 膀胱炎診察希望



★以下の項目は自費診療です★

【ED・AGA】 ※記載のある薬品名のみ取り扱いがあります

- ED (バイアグラ・レビトラ・シアリス) AGA (プロペシア)
今までに使用したことは ない ある(薬品名：_____)

【ピル・アフターピル】 ※記載のある薬品名のみ取り扱いがあります

- ピル (ファボワール28) (目的：生理痛 PMS ニキビ 月経移動)
今までに使用したことは ない ある(薬品名：_____)
アフターピル (レボノルゲストル)
今までに使用したことは ない ある(薬品名：_____)

※お願い

この問診票を記入していただいた後は受付にお出しください。
提出後は待合室のおひさまマークより手前の座席で診察をお待ちください。
診察前やお会計前に外出、またお戻りになられた際には必ず受付に
お声掛け下さい。



おひさまマーク