

記入対象	前回と症状が異なる方	初めて当院を受診される方	令和	年	月	日
------	------------	--------------	----	---	---	---

問診票 必要事項をご記入の上、診察室にて医師にお渡しください

ID (お持ちの方)	お名前	診察前体温
		C°

現在の症状について/いつ頃から、どのような症状がありますか?				
いつから:	症状:			
その他のご質問項目 (該当する方のみ、ご記入またはチェックをお願いいたします)				
▶▶ 女性の方/妊娠中・授乳中ですか? (該当する方はチェックを入れてください)				
<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 妊娠中	<input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり	<input type="checkbox"/> 授乳中	
▶▶ 小学生以下の方 (体重をご記入ください)	▶▶ 薬の形状希望 (あれば該当欄にチェックを入れてください)			
kg	<input type="checkbox"/> 粉末	<input type="checkbox"/> 錠剤	<input type="checkbox"/> シロップ	<input type="checkbox"/> 漢方
▶▶ 薬や食べ物のアレルギーはありますか?		※ 詳細:		
<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい			
▶▶ 今までに大きな病気にかかったことがありますか?		※ 詳細:		
<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい			
▶▶ 現在、他の医療機関に通院していますか?		【医療機関名: / 治療内容:		
<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい			
▶▶ 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか?				
<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい (紹介状を受付にご提出ください)			

現在お薬を服用中の方は、診察時に医師へお伝えください。
またお薬手帳をお持ちの方は、ご提示をお願いいたします。ご記入ありがとうございました。