

お名前 (カタカナ)	
---------------	--

医事課記入欄:

内科 / 小児科 問診票

◎ (中学生以下の方) 体重 . kg

◎ 診察前体温 . °C

1. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状（発疹、気分不快など）を起こしたことがありますか。

薬・注射のアレルギー

 いいえ はい

→

薬剤名:

→

アナフィラキシー(けいれんやショック状態) ある ない

卵・牛乳のアレルギー

 いいえ はい

→

アナフィラキシー(けいれんやショック状態) ある ない

2. いつ頃からどのような症状でお困りですか。 (詳細は診察室でお話下さい。)

いつ頃からですか。

頃から

どのような症状ですか。簡潔にご記入下さい。

--

現在服用中のお薬がありましたら記入して下さい。お薬手帳をお持ちの方は診察室でご提示下さい。

 いいえ はい → :

お薬手帳

 あり なし

お薬の形(粉末・錠剤・シロップ等)の希望がありましたら記入して下さい。

 いいえ はい → : 粉末 錠剤 シロップ

3. 今までに大きな病気にかかったことはありますか。(けいれん、喘息、てんかん、先天性疾患など)

 いいえ はい → :

4. 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか

 いいえ はい 可能性あり

授乳中ですか

 いいえ はい

ここからは成人の方のみご回答下さい

5. 喫煙歴について 喫煙はしない 喫煙をしている。(1日 本 年間くらい) 以前喫煙をしていた。(1日 本 年間くらい)6. 飲酒について 飲酒の習慣はない。 飲酒の習慣がある。(頻度 ほぼ毎日 週に 回くらい)

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出願います。