

問 診 票

記入日： 年 月 日

フリガナ		性別/年齢	男・女	歳
氏名		血液型		
生年月日	年 月 日	体重	kg (小学生以下の方)	
郵便番号				
住所				
電話番号		携帯電話		

◆ 当院（あさみ医院）は初めてですか？ 初めて 2回目以降

◆ どんな症状ですか？症状をご記入ください。

◆ その症状はいつごろからですか？

- 今朝から 昨日から 数日前から
 一週間以上前から その他（_____から）

◆ これまでに病気やケガで入院されてことはありますか？

- ある いつ：_____年 _____月ころ、病名：_____
 ない

◆ 現在治療中の病気やケガがありましたらご記入ください。

- ・病名：_____、いつから：_____、病院名：_____
・病名：_____、いつから：_____、病院名：_____
・病名：_____、いつから：_____、病院名：_____

◆ 現在服用中のお薬はありますか。

- ある ない

◆ お薬の名前をお書きください。お薬手帳をお持ちの方は受付にご提示ください。

◆ 薬を飲んで気分が悪くなったりショックを起こしたことはありますか？

- ある それは何ですか：_____
 ない

◆ アレルギー（食べ物・花粉等）はありますか？

- ある それは何ですか：_____
 ない

◆ これまでにかかったことのある病気（感染症含む）を教えてください。

- ・病名：_____、いつ頃：_____
・病名：_____、いつ頃：_____

◆ その他、気になること・ご要望がありましたらご記入ください。

◆ 請求書の明細内訳は必要ですか？ 必要 不要