



長谷川医院 問診表

大人の方

【 おわかりになる範囲で結構ですので、以下の記載をお願い致します 】

| | | | |
|--|----------|-----------|------|
| ふりがな お名前 | | (男 ・ 女) | |
| 生年月日 | 大正/昭和/平成 | 年 月 日 | 年齢 歳 |
| ※初診時のみ記載 | | | |
| 住所 | 〒 | | |
| 電話番号 | 携帯 | | |
| <p>・現在、他の病院、医院で治療を受けていますか？</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> はい 病名：1. 高血圧 2. 糖尿病 3. 高脂血症 4. 肝臓病 5. 腎臓病 6. 心臓病 7. 皮膚病 8. 胃潰瘍 9. その他 ()</p> | | | |
| <p>・現在、何かお薬を服用されていますか？</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> はい 薬品名 ()</p> | | | |
| <p>・お薬で発疹が出たり、気分が悪くなった事がありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> はい 薬品名 ()</p> | | | |
| <p>・お薬以外でアレルギーをおこしたことがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> はい 1. 食べ物 (卵 ・ 牛乳 ・ さば) 2. 花粉 3. ほこり 4. 動物 5. その他 ()</p> | | | |
| <p>・お薬はジェネリックを希望されますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> | | | |
| <p>・車の運転 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない</p> | | | |
| <p>・機械操作 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない</p> | | | |
| <p>・嗜好品 <input type="checkbox"/> 酒 <input type="checkbox"/> たばこ <input type="checkbox"/> コーヒー <input type="checkbox"/> その他 ()</p> | | | |
| <p>・女性の方 妊娠していますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 妊娠 ヶ月</p> <p>授乳していますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい</p> | | | |
| <p>今回の症状の経過や相談内容をお書きください。 ◎ 今の熱 _____℃</p> | | | |