

# 問診票

No. \_\_\_\_\_ (未記入)

年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日	明治 大正	年 月 日	年齢	才
氏名				昭和 平成			
住所	電話 ( )						
1 本日来院された理由を簡単に記入してください。 ・発熱 ・腹痛 ・頭痛 ・下痢 ・咳 ・蕁麻疹 (今日の体温) 度 分 ・その他 ( ) (体重) kg 今回の症状はいつ頃からですか。 年 月 日 時頃から							
2 今までに重い病気や慢性の病気にかかったり、手術をしたことがありますか？ ・ある ・ない 病名 ( )							
3 今までにお薬を服用して発疹が起きたり、気分が悪くなったことがありますか？ ・ある ・ない ・わからない 薬の名前 ( )							
4 今までに食べ物で発疹が起きたり、気分が悪くなったことがありますか？ ・ある ・ない ・わからない 薬の名前 ( )							
5 今現在、お薬を服用していますか？ ・している ・していない 薬の名前 ( )							
6 女性の方のみ記入してください。 今現在、妊娠および妊娠している可能性がありますか？ ・している ・していない ・可能性がある							
7 その他、気がついた点があれば記入してください。							

※この問診票は、休日急病診療所の診療以外に使用されることはありません。

東部・西部休日急病診療所