

一般問診票

ご来院日 年 月 日

お名前

身長 cm 体重 kg

Q. 本日受診されたのはどのような症状ですか？当てはまるものを○で囲んでください。

発熱・鼻閉・鼻汁・咽頭痛・咳嗽・頭痛・関節痛・倦怠感・腹痛・下痢・吐き気・嘔吐・便秘・胃部不快
舌下免疫療法の希望・禁煙外来の希望

その他の症状 ()

Q. その症状はいつごろからありましたか？ ()

Q. 本日受診の症状で他の病院にかかりましたか？ (はい ・ いいえ)

はい に○を付けた方は下記の質問にお答えください。

・それはいつ頃ですか？ ()

・病院の名前 ()

・どのような治療を受けましたか？

Q. その他に現在定期的に通院している病院はありますか？ある場合は病名、病院名、処方されている薬の名前についてお書きください。(お薬手帳をご提示頂いた方は薬名のご記入は不要です)

Q. 過去にされた病気についてお書きください。

()歳のとき 病名 () 手術をした 治療完了 通院中

()歳のとき 病名 () 手術をした 治療完了 通院中

Q. 食べ物や薬のアレルギーはありますか？ (はい ・ いいえ) はいの方は内容をお書きください。

Q. 女性の方へ

現在妊娠の可能性はありますか？ (はい ・ いいえ)

ご協力ありがとうございました。