

ID番号

お名前 (カタカナ)	
---------------	--

ドクターランド船橋

* 診察券のない方は
診療申込書もご記入下さい

内科 / 小児科 問診票

◎ (小学生以下の方) 体重 . kg

◎ 診察前体温 . °C

1. 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。 具体的にまた簡潔にご記入をお願いいたします。

現在服用中のお薬がありましたら記入してください。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ください。

いいえ はい → : 粉末 錠剤 シロップ

2. 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

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 → : _____

ここからは成人の方のみご回答下さい

4. 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)

5. 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)

6. 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

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。