

内科系問診票

総合クリニック ドクターランド錦糸町

*診察券のない方は
診療申込書もご記入ください

氏名	フリガナ

ID

(内科・耳鼻咽喉科)

※耳鼻咽喉科に受診される

小学生以下のお子様は必ずご記入下さい。体重

kg

◎診察前体温

℃

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。 _____

どのような症状ですか。 _____

1ヶ月以内に海外渡航歴はありますか。

いいえ

はい → どちらに渡航されましたか： _____

いつごろ渡航されましたか： _____

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 → : _____

4. 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。