

糸氏医院 問診表

受診年月日	平成 年 月 日 (午前・午後)	時	分
フリガナ			
受診者名	男・女		
生年月日	大・昭・平 年 月 日		
住所	(〒)		
電話番号			
携帯番号			

☆該当箇所に記入または○をいれてください

1、いつ頃からどのような症状でお困りですか？(痛みがある場合はその部位もお書き下さい)	
2、今まで注射や薬で副作用(ショック、発疹、気分不良)がありましたか？	有 無
有 → 薬品名()	
3、今までぜんそくやジンマシンにかかったことがありますか？	有 無
4、現在、妊娠またはその疑いがありますか？	有 無
5、現在、他の病院にかかっていますか？	有 無
かかっている → 結核 糖尿病 腎臓病 高血圧 胃潰瘍 心臓病 肝臓病 高脂血症 その他()	
かかっている病院()	内服薬 → 有 無
6、手術又は入院したことがありますか？	有 無
ある → 病名(年 月) 病院名()	
7、今までに緑内障、前立腺肥大を指摘されたことがありますか？	有 無
ある → (内服薬)	