

新 患 問 診 表

ふりがな		
お名前		
生年月日	明治・大正・昭和・平成 ____年____月____日 (____歳)	
住 所	〒	
電話番号	自宅	携帯

風邪の方

いつ頃からですか () 熱は測りましたか はい (____時頃 ____度) ・いいえ
 以下の症状がある方は、○をつけて下さい。

発熱 頭痛 節々の痛み だるさ 咳 喉の痛み 鼻水 吐き気 嘔吐 (____回) 下痢 (____回) 食事はとれていますか → <u>はい</u> ・ いいえ
--

発熱前に海外に行きましたか (はい (国名 ____)) ・ いいえ

風邪以外の方

いつ頃から どのような症状ですか 簡単にご記入下さい

健康診断で**精査指示**のあった方 いつ頃受けましたか → ____年____月____日

※健康診断の結果をご持参された方は、受付にお出し下さい

現在治療中の病気、今までにかかった病気はありますか

1. _____ (昭・平・令 ____年____月頃から治療中 ・ 治癒)
2. _____ (昭・平・令 ____年____月頃から治療中 ・ 治癒)
3. _____ (昭・平・令 ____年____月頃から治療中 ・ 治癒)

現在服用中の薬はありますか **※お薬手帳をご持参された方は、下記に記載不要。受付にお出し下さい**

ある (_____) ・ なし

体に合わない薬はありますか ある (_____) ・ なし

アレルギーはありますか ある (_____) ・ なし

かかりつけの薬局はありますか 蘭薬局 トモズ ミドリファーマシー ひのき薬局
 石神井公園調剤薬局 ブルークロス駅前薬局 その他 (_____)

◆ (女性の方) 現在妊娠していますか はい・いいえ