

問診票

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ

お名前 _____ 男・女 現在の身長 _____ cm 体重 _____ kg

(体重はお薬の量を決めるのに必要です。必ずご記入ください)

生年月日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

住所：〒 _____

TEL _____ (_____) 携帯 _____

Mailアドレス _____

- 現在の症状を簡単にご記入ください。(体温： _____ °C)
- 症状はいつからですか？
- その症状が出てからどのような対応をしましたか？
薬を服用した いいえ・はい (_____)
他院を受診した えいいえ・はい (病院名： _____)
その他
- アレルギーについて(内服・外用・飲食をして蕁麻疹・下痢・嘔吐を繰り返す事)
・薬のアレルギー ある(薬の名前： _____) ない
・食べ物アレルギー ある(食品名： _____) ない
・その他のアレルギー ある(_____) ない
- 妊娠中または妊娠している可能性はありますか？ はい・いいえ
- 現在、授乳中ですか？ はい・いいえ
- 今までに大きな手術を受けたことや既往歴はありますか？
- 現在服用中の薬剤、また処方された病院名をご記入ください。
- ご希望の調剤薬局をご記入ください。

※ご記入いただき、ありがとうございました。オンライン診療ご希望の方は、保険証のFAXもしくはメールの添付、また、お薬手帳がございましたら、併せて添付をお願いいたします。