

初診の方用 予診票 内科（高校生以上・成人の方）

下記の黒枠内にご記入下さい

フリガナ		性別	体温
お名前		男・女	℃
生年月日・年齢	M・T・S・H	年	月 日 歳
ご住所	〒		
電話番号	() -		
どのようなことが心配で来院されましたか？ いつから、どのような症状ですか？			
<input type="checkbox"/> 発熱	(/ から)	(最高 ℃)	<input type="checkbox"/> 嘔吐 (/ から) (1日 回程度)
<input type="checkbox"/> 咳	(/ から)		<input type="checkbox"/> 下痢 (/ から) (1日 回程度)
<input type="checkbox"/> 鼻水	(/ から)		<input type="checkbox"/> 腹痛 (/ から)
<input type="checkbox"/> 発疹	(/ から)		<input type="checkbox"/> 頭痛 (/ から)
<input type="checkbox"/> その他			
下の欄に、お聞きになりたいことなど、自由にお書き下さい			
以下の質問にお答えください なし・ありについては○を付けてお答えください			
今までにかかった病気（手術）や治療中の病気はありますか？ (なし ・ あり)			
⇒ 病名 ()			
今使われているお薬はありますか？（市販薬も含む） (なし ・ あり)			
※お薬手帳をお持ちの方は受付に提出して下さい			
※お薬の名前がわかれば診察時に教えて下さい 普段飲んでいる薬がある場合も診察時に教えて下さい			
アレルギーはありますか？ (なし ・ あり) (食物 薬物 その他)			
⇒ アレルギー物質名 ()			
注射をして気分が悪くなったり、薬を飲んで発疹が出たりした事がありますか？ (なし ・ あり)			
現在、妊娠中もしくは妊娠している可能性はありますか？ (なし ・ あり)			
現在、授乳中ですか？ (なし ・ あり)			

☆ご協力ありがとうございました☆

☆この予診票と体温計・お薬手帳を受付にお渡しいただき、お待ちください☆