

# 問 診 票

令和 年 月 日

カルテ No.						希望薬局： サカ工業局（当院すぐとなり） かかりつけ薬局		
名 前	フリガナ					※ 希望される方に○をお願いします。		
生年月日	T・S・H・R	年	月	日	性別	男 ・ 女	満 歳	
住 所	〒 -					身長	cm	
						体重	kg	
携帯番号				自宅番号			体温	℃

● 希望診療科

内科 ・ 外科 ・ 皮膚科 ・ 下肢静脈瘤 ・ ED 治療 ・ 美容 ・ AGA 治療  
その他[ ]

● 症状に関して

[いつから?] -----  
[どこが、どのような症状ですか?] -----  
-----  
-----

● 今までにどんな病気をしましたか？（治療中の病気を含む）

喘息 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 高脂血症 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 心臓病 ・ 脳卒中

その他： -----  
手術： -----

● 使用中のお薬はありますか？（はいの場合はご記入いただくかお薬手帳を受付にお渡してください）

いいえ  
はい -----

● 薬のアレルギーはありますか？

いいえ ・ はい

● 食べ物のアレルギーはありますか？

いいえ ・ はい

● 女性の方にお聞きします。

現在、妊娠の可能性はありますか？

いいえ ・ はい

授乳中ですか？

いいえ ・ はい

● 本日はお車でお越しですか？

いいえ ・ はい

● 当クリニックに来院されたきっかけは何ですか？

知人の紹介 ・ 他の医療機関からの紹介 ・ ホームページ ・ 通りがかり  
その他（ ）

