

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 → はい ・ いいえ

その他

(_____)

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 → 平成_____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. _____ (昭和・平成 _____年_____月頃から治療中 ・ 治癒)

2. _____ (昭和・平成 _____年_____月頃から治療中 ・ 治癒)

3. _____ (昭和・平成 _____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、受付にお出し下さい**

できるだけ具体的な名前をご記入下さい (例) 胃薬のガスター10

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 駅前薬局 その他