

(医) 太融寺町谷口医院 問診票

ID

初診日 年 月 日

☆名前、生年月日に虚偽が発覚した場合は、診察をお断りさせていただきます。

☆医師に病気や健康のことについて相談された結果、検査・投薬などがなかった場合も診察代はかかりますことをご了承下さい。【 診察代金： 3割負担850円～1,000円(保険) 自費4,000円 】

○当院では診察券をお作りしていません。受診の際は必ず保険証(身分証)をご提示下さい。

フリガナ		名前ではなく番号で呼ばれることを希望する
名前(漢字)		はい <span style="margin-left: 100px;">いいえ</span>
生年月日	S・H 年 月 日 ( )才	男 ・ 女 ・ ( )
現住所	〒	
電話番号	携帯	固定

● 今日どのような症状で来られましたか(診察室で直接医師に話していただいてもかまいません)

( )

下記の項目について該当する方はチェックしてください

事前にメールで問合せをしている

● 過去にかかった病気・現在かかっている病気について教えてください

- 高血圧     高脂血症(高トリグリセリド血症、高コレステロール血症)     糖尿病     高尿酸血症
- 結核     B型肝炎     C型肝炎     梅毒     HIV     頭痛     不眠症     うつ病     不安神経症
- 気管支喘息     アレルギー性鼻炎(花粉症含む)     アレルギー性結膜炎     アトピー性皮膚炎     じんましん
- 食物アレルギー(原因食物: )     薬疹(原因薬剤: )
- 慢性胃炎     胃潰瘍     十二指腸潰瘍     過敏性腸症候群     甲状腺機能亢進症/低下     癌
- てんかん     その他 ( )

● 薬の副作用がでたことはありますか

ある(薬品名: 症状: )  
なし

● 現在、使用されている 又は 2週間以内に使用されていた薬はありますか

(内服薬・吸入薬・点鼻薬・点眼薬・外用薬・健康食品・サプリメント等)

なし・ある → ご使用の薬の内容によっては検査結果に影響を与えたり、飲み合わせの関係などで当院での処方ができない場合がありますので、使用中の薬(名前)を正確に記載して下さい

( )

● (女性の方へ)最終月経について、下記○印をおつけ下さい

・ 年 月 日から始まり、( )日間 / 覚えていない / 閉経 ( )才  
・ 妊娠の可能性 (あり・なし / 妊娠中)