

問 診 票

年 月 日

フリガナ			
氏名	(記入者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 保護者 ⇒続柄)	男	女
生年月日	西暦	年	月 日 歳
住所	〒		
電話			

身長 cm 体重 kg 体温 °C

・どうされましたか？	
・ジェネリック医薬品を希望しますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
・薬や食べ物でアレルギーがでますか？ <input type="checkbox"/> はい ⇒ <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> いいえ	
・現在飲んでいる薬はありますか？ <input type="checkbox"/> はい ⇒ おくすり手帳などお持ちでしたら見せてください。 <input type="checkbox"/> いいえ	
・妊娠していますか？またその可能性はありますか？ <input type="checkbox"/> はい ⇒ か月 <input type="checkbox"/> いいえ	
授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
・今までに大きな病気にかかったことはありますか？ <input type="checkbox"/> 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> 心臓の病気 <input type="checkbox"/> 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> その他	
・食欲はありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ない	
・睡眠はとれていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
・便通はありますか？ 日に 回 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢	
・飲酒はしますか？ <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む⇒1日 本・合	
・タバコは吸いますか？ <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う⇒1日 本	