

# 問診票( かぜ・胃腸・小児 )

体温	度	体重	kg	記入日	R	年	月	日
----	---	----	----	-----	---	---	---	---

ID							
フリガナ	生年月日						性別
氏名	大正 昭和						男・女
	平成 令和 年 月 日 ( )歳						
住所	〒 -			電話番号	自宅		
					携帯		

①今日はどうされましたか？ それはいつから、どのような症状ですか？

②今までに入院や手術をしたことがありますか？  
( ない・ある ) 内容:

③アレルギーはありますか？  
( ない・ある ) 内容:

④現在、飲んでいるお薬はありますか？  
( ない・ある ) 内容:

⑤女性の方にお聞きします。現在、妊娠中ですか？また、その可能性がありますか？  
( ない・ある )

⑥当院の自費診療について興味はありますか？ (○はいくつでも可能です)  
( ない・ある )

- にんにく注射 ( 詳しい内容を知りたい・希望する )
- 美白点滴 ( 詳しい内容を知りたい・希望する )
- AGA ( 詳しい内容を知りたい・希望する )
- ED ( 詳しい内容を知りたい・希望する )

⑦当院をお知りになったきっかけを教えてください。(○はいくつでも可能です)

- (1)近くを通りかかって (2)インターネット検索で
- (3)家族や知人の紹介 (4)他の医療機関からの紹介 紹介者( )

おおはらクリニック