

アレルギー科問診票 (再診)

ID: \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_

お名前: \_\_\_\_\_ ( 男 ・ 女 ) 院内体温

\_\_\_\_\_ °C

前回の続き ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日の続き) で受診

※血圧の薬を服用されている方は、診察前に血圧測定をお願いします。

【院内での測定結果】 最高血圧: \_\_\_\_\_ mmHg

最低血圧: \_\_\_\_\_ mmHg

脈拍数: \_\_\_\_\_ 拍/分

血圧測定器は院内奥  
トイレ方面にあります。

※症状が前回の続きの場合、以下記入は不要です。

本日はどうされましたか？

1. いつからどのような症状がありますか

( \_\_\_\_\_ )

発熱  頭痛  のどの痛み  鼻水  咳  痰  息苦しさ

食欲不振  吐き気  下痢  排尿時の痛み  関節痛  めまい

その他 ( \_\_\_\_\_ )

2. 1について何か治療を受けましたか

特になし  あり (病名: \_\_\_\_\_ 病院名: \_\_\_\_\_ )

3. そのほか現在治療中の病気はありますか

特になし  あり (病名: \_\_\_\_\_ 病院名: \_\_\_\_\_ )

4. 処方希望する薬はありますか ※ご希望の薬が処方できない場合もございます

特になし  あり (薬名: \_\_\_\_\_ )

5. 合わない薬や食べ物のアレルギーはありますか

特になし  あり ( \_\_\_\_\_ )

6. 妊娠中・授乳中の方 (該当する方のみ) :  妊娠中 (予定日: \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)  授乳中

7. その他お伝えしたいことがありましたらご記入ください

( \_\_\_\_\_ )

ご協力ありがとうございました。