

アレルギー科問診票 (新規)

ID: _____

フリガナ _____

お名前: _____ (男 ・ 女)

生年月日: T・S・H 年 月 日 (満 歳)

【本日のご相談内容】

相談・治療 転医希望 診断書 検査 注射 その他

本日はどうされましたか？

院内体温 _____ °C

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. 普段なにか薬を飲んでいますか ※血圧の薬を服用されている方は受付にお申し出ください飲んでいない 飲んでいる (薬名: _____)

5. 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: _____)

6. 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 (_____)

7. たばこを吸いますか

吸わない 吸う (本/日) やめた (本/日、 歳～ 歳まで)8. お酒を飲みますか: 飲まない 飲む (日/週、種類: _____)9. ご家族の病気について: 特になし 高血圧 糖尿病 がん その他10. 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

11. 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。