

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。