初診問診票

お名前 ［　　］様

○症状が出たのはいつからですか？

○下記の症状で当てはまるものがございましたら○で囲んでください。

セキ　タン　喉の痛み　寒気　鼻水　鼻づまり　くしゃみ　頭痛　発熱
関節や身体の痛み　吐き気　嘔吐　下痢 (軟便　泥状　水様　)　食欲不振
その他(　　)

○発熱があった方へ→最初に熱が出た日と時間を教えてください。

○鼻水やタンがある方へ→黄色などの色がついていますか？
はい→いつからですか？(　　から)
いいえ

○今回の症状で他院を受診していますか？
はい　→薬剤名(　　)
いいえ

○今まで緑内障と言われたことがありますか？
はい→治療中　経過観察中
いいえ

○お薬のアレルギーがありますか？
はい→薬剤名と症状(　　)
いいえ

○内服中のお薬がありましたら教えてください。
薬剤名(　　)

○(男性の方へ)前立腺肥大と言われたことがあるまたは治療中ですか？
はい
いいえ

○(女性の方へ)妊娠または妊娠をしている可能性がありますか？授乳中ですか？
はい→(妊娠　　週)
いいえ
授乳中→(生後　　ヶ月)