病　気　の　質　問　表

ふりがな　　記入日　　年　　月　　日

お名前　　性別　男　・　女

生年月日　M・T・S・H　　年　　月　　日　年齢　（　　）

ご住所　〒

電話番号　（自宅）　（携帯）

この質問表は、病気を治すために必要な資料となります。さしつかえない範囲で、ありのままお書き下さい。
秘密は固くお守りいたします。

1.いつ頃から

2.現在の症状についてあてはまるものに○印を付けてください。

熱（　　℃）　咳　咽頭痛　鼻水　頭痛　吐き気
嘔吐　下痢　腹痛　関節痛　悪寒　倦怠感　食欲不振
その他（　　）

3.この病気で、どこで、どんな診断や治療を受けましたか？
（どこで）　（どんな病気）　（どんな治療）　（治療の効果）

4.検査や治療について希望されるものに○印を付けてください。

点滴　薬　注射　胸部レントゲンの検査
血液検査　その他（　　）

5.注射をうって、または薬を飲んで湿疹ができたことはないですか？
ある　ピリン系　ペニシリン系
ない

6.アレルギー体質ですか？
はい　卵　牛乳　ハウスダスト　その他（　　）
いいえ

7.女性の方にお尋ねします。現在妊娠されていますか？
はい
いいえ

8.お薬の形状で希望されるものはありますか？
いいえ
はい　→　錠剤　粉　顆粒　シロップ

9.ジェネリック医薬品を希望しますか？
はい
いいえ

医療法人社団　茜会
竹内医院