

オンライン診療専用問診票

年 月 日				初診・再診	
フリガナ					
氏名			男 女	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 才
住所	〒			電話番号	()
				処方箋送付先	薬局名
				電話番号	()
ご希望の環境	<input type="checkbox"/> にチェックを入れてください				
	<input type="checkbox"/>	LINE ビデオ通話	ID または電話番号		
	<input type="checkbox"/>	Skype	Skype名またはメールアドレス		
	<input type="checkbox"/>	Face Time	メールアドレス		
1. 今日は何で受診されましたか？					
1) <u>具合が悪い</u> 腹痛・胸やけ・胃もたれ・嘔吐 下痢・便秘・血便・出血 かぜ(熱/のど/鼻水/咳/関節痛) その他 ()		2) <u>検査をうけたい</u> 胃・腸・肝臓(胆石) 肺・乳腺・甲状腺 その他 ()		3) <u>他院からの紹介</u> 病院・医院名 () 内容 ()	
4) <u>その他、具体的に書いて下さい</u>					
2. 今までに入院したり、手術を受けたことがありますか？	いいえ	はい	(何才の時にどんな病気、手術ですか？)		
3. 現在、他の病院・医院にかかっていますか？	いいえ	はい	(病院・医院名)		
4. 現在、治療中の病気はありますか？	いいえ	はい	高血圧・喘息・狭心症・不整脈 糖尿病・高脂血症(コレステロール) 脳梗塞・緑内障・前立腺肥大 他()		
5. 現在、なにか薬を飲んでいますか？	いいえ	はい	(薬の名前)		
6. アレルギーはありますか？	いいえ	はい	(薬の名前) (他)花粉症・食物・動物・ハウスダスト アトピー性皮膚炎・他()		
7. 家族のなかに大きな病気にかかった方はいますか？	いいえ	はい	(続柄・病名)		
8. 女性の方は妊娠中、妊娠の可能性はありますか？	いいえ	はい			
9. 当院をどちらでお知りになりましたか？	1)リーフレット 2)インターネット 3)ご紹介 4)その他()				