

点滴療法問診票

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

お名前 _____

住所 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____)才

電話番号 自宅 _____ 携帯 _____

- 1 現在治療中の病気がありますか？
いいえ はい(病名は？ _____)
- 2 現在内服中の薬がありますか？
いいえ はい(薬の名前は？ _____)
- 3 今まで入院するような病気にかかったことがありますか？
いいえ はい(その病気はなんですか？ _____ 何歳の時ですか？ _____)
- 4 お薬や食べ物でアレルギーがありますか？
いいえ はい(それはどういうものですか？ _____)
- 6 点滴や注射で気分が悪くなったことがありますか？
いいえ はい(それはどのような点滴、注射でしたか？ _____)
- 7 タバコは吸いますか？
いいえ はい (一日何本吸いますか？ _____)
- 8 お酒は飲みますか？
いいえ はい (お酒の種類と一日の量は？ _____)
- 9 女性の方へ質問です。
現在妊娠中、授乳中ですか？また妊娠している可能性がありますか？
いいえ、 はい (妊娠中、授乳中、妊娠の可能性あり)○で囲んでください。
- 10 治療前に医師に伝えておきたいことがあれば、ご記入ください。

*アンケートです。来院のきっかけはなんですか？

知人の紹介(_____ 様)、 ホームページ、 クリニック内のポスター、 その他(_____)