

①診察券ID (お持ちの方)	オンライン問診票		受付日	年	月	日
②氏名	LINE名	③生年月日	S ・ H	年	月	日( 歳)
④住所	〒 -		⑤電話番号	( )		
③体重	kg	③身長	cm	⑦診察希望日		
⑧指定薬局						

⑥下記の間診にお答えください。

1. どのような症状でお困りですか？

2. それはいつ頃からですか？

3. 次の病気にかかった事がありますか？(かかった病気を○で囲ってください。)

・喘息 ・結核 ・高血圧 ・心臓病 ・糖尿病 ・肝臓病 ・腎臓病 ・神経症 ・がん(胃がん・大腸がん・その他)  
・アレルギー性鼻炎 ・アトピー性皮膚炎

4. ご家族にアレルギー体質の方はおられますか？( いる ・ いない )

5. 現在、病気やケガで通院中ですか？( はい ・ いいえ)

→「はい」の方へ

通院中の方は病名を教えてください。 病名:

現在も投薬を受けていますか？( はい ・ いいえ)

お薬手帳をお持ちの方は、現在、お飲みになっている処方ページを撮影してラインに送ってください。

6. 今までに手術を受けたことがありますか？( はい ・ いいえ)

→「はい」の方へ

何の手術か教えてください。

その手術はいつ頃ですか？

年頃

その後、治療、通院はしていますか？( している ・ していない)

7. 今までお薬や注射で気分が悪くなったことがありますか？( はい ・ いいえ)

→「はい」の方へ

そのお薬の名前がわかりましたら教えてください。

8. 現在、妊娠中または妊娠の可能性がありますか？

(はい ・ いいえ ・ どちらともいえない) はいの方→ カ月

※他に伝えておきたいことがございましたらご記入ください。

(例：授乳中 ・ アレルギー 等)

※当クリニックをどちらでお知りになりましたか？