

ID :

記入日

年

月

日

問 診 表

氏 名	(フリガナ)			生年月日	大・昭・平・令 年 月 日(歳)
職 業		性 別	男 ・ 女	身長(cm) 体重(kg)
連 絡 先	(住所) 〒 -				
	(□自宅 □携帯電話:)				
	※ご本人以外の電話番号を記入してください。			続柄 ()	
	(緊急連絡先:			お名前 _____)	

本日の体温 _____ ℃

以下の各設問に回答をお願いします

現在の症状	※当てはまるものに○をつけてください 症状はいつ頃からありますか() 発熱(℃) 咳 痰(たん) 喉の痛み 鼻水 頭痛 吐き気・嘔吐 倦怠感 下痢 腹痛 便秘 お腹がはる 胸やけ 胃が痛い 胃もたれ 食欲低下 体重減少 その他()
現在治療中の病気	なし ・ あり (高血圧 糖尿病 心臓疾患 肝臓疾患 脳梗塞 がん 脂質異常症) その他()
既往歴(手術歴)	なし ・ あり ()
現在、服用中の薬	なし ・ あり 血液サラサラ(抗血栓薬・抗凝固薬) その他()
アレルギー症状	なし ・ あり (薬剤・食物等:)
飲酒の習慣	なし ・ あり (1日あたりの量:)
喫煙の習慣	なし ・ あり (1日あたりの本数:)

▼以下は女性の方のみ回答をお願いします

妊娠の有無	なし ・ あり (妊娠 週) ・ わからない	授乳の有無	なし ・ あり
-------	------------------------	-------	---------

※発熱のある方は下記の記入もお願いします

車種()	登録 NO()	お車の色()
-------	----------	---------

検査を希望されますか？○をお願いします

インフルエンザ検査希望	コロナ検査希望	相談して決めたい
-------------	---------	----------

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提携に努めています。

正確な情報を取得・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

この問診票は診察目的に使用します。また、本人の同意なく第三者に開示いたしません。