

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。