

問診票

年 月 日

フリガナ	生年月日		
氏名	男・女	T・S・H・R	年 月 日(歳)
住所	〒		
電話番号	携帯番号		

※再来の方、住所等に変更のない方は名前のみご記入ください

1. 本日はどのような目的で来院されましたか？

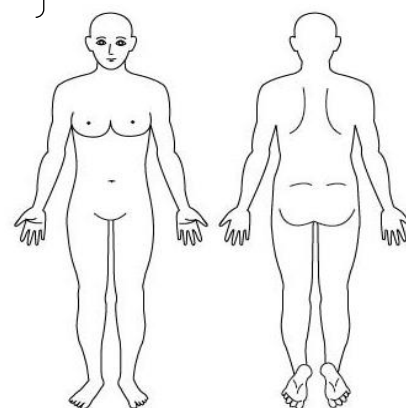
- ・いつもと体調が違うため〔診察希望・点滴希望〕
- ・関節注射 ・処置 ・介護申請 ・健診異常の二次検査 →本日の食事摂取 有 ・ 無
- ・紹介状持参の受診 ・その他()

2. 上記症状はいつからですか？(どの様な時？ どれくらい続きましたか？)

{ }

3. 診察を希望する症状または部位に○印をつけてください

- 〔症状〕 痛み (頭・首・肩・腰・膝・手・足)
 熱(°C) ・ 咳 ・ 痰がらみ ・ 食欲不振 ・ だるさ
 頭痛 ・ のどの痛み ・ 鼻水 ・ めまい
 動悸 ・ 胸の圧迫感 ・ 不眠 ・ しこり ・ かゆみ ・ 湿疹
 おなかが張る ・ 便秘 (最後 日前) ・ 下痢 (回)
 吐き気 / 吐いた (回)



〔その他〕上記以外の症状がある方はご記入ください

{ }

- *2週間以内に県外の訪問・滞在はありますか？ ・ある(月 日～県名) ・ない
- *2週間以内に県外の訪問者と接触はありますか？ ・ある(県名) ・ない
- *家族で2週間以内の県外訪問・滞在はありますか？ ・ある(県名) ・ない
- *新型コロナウイルス感染者または疑わしい方との接触はありますか？ ・ある ・ない
- ※今年度インフルエンザ予防接種を (した ・ していない)
- ※周りに流行性の病気の方はいましたか？ (いる ・ いない)

※初めての方や他院にて処方薬のある方は、下の欄もご記入ください

《 現在治療中の病気はありますか？ 》 お薬手帳をお持ちの方は受付にお出しください

病名 薬の名前

《 アレルギーはありますか？ 》

食べ物・薬 あり() ・ なし

〈 女性の方へ 〉 妊娠されてますか？ はい(ヶ月) ・ いいえ ・ 不明
 授乳中ですか？ はい ・ いいえ