

問診票

体温

度

フリガナ

氏名 ()
生年月日 (年 月 日) 年齢 (歳) 性 (男・女)

郵便番号 □□□—□□□□

住所 ()

緊急時の連絡先電話番号

① ご本人の携帯電話 ()

★本日、来院されるきっかけとなった症状

風邪症状 (咳・痰・のどの痛み・発熱)、だるい、頭痛、腹痛、吐き気、嘔吐、便秘、下痢 (1日 回)
胸痛、息苦しい、その他の症状 ()

★何か思い当たることはありますか？ なし・ある ()**★今回の症状で他の病院を受診しましたか？** いいえ・はい (病院名:)**★これまでにかかった病気や現在治療中の病気についてお書きください。**

また、右に記載した病気の有無についてどちらかに○を付けてください。

() 歳

ぜんそく 【なし・あり】

() 歳

糖尿病 【なし・あり】

() 歳

高血圧 【なし・あり】

★コロナワクチン接種 無・有 (接種回数 回)

薬のアレルギー 【なし・あり】 (例: 抗生剤・ピリン系解熱鎮痛剤・造影剤・その他)

食べ物のアレルギー 【なし・あり】 (例: たまご・牛乳・甲殻類・青魚・ソバ・その他)

★現在、内服している薬はありますか？

なし・あり (病名: 薬名: 病院名:)

★主にどのような業務に就かれていますか (いましたか?) ()**★タバコについてお答えください。** もともと吸わない 以前吸っていた/現在吸っている 1日あたり 本 (歳～ 歳)**★お酒は飲みますか？**

はい 1日に 何を () どのくらい ()

いいえ (もともと飲まない・ 歳からやめている)

★女性の方にお尋ねします。現在妊娠していますか？ 【いいえ・はい】**★当院を受診したきっかけを教えてください。**

【病院より紹介、知人 () より紹介、家族 () より紹介、インターネット、看板等、その他 ()】

当院は質の高い医療の提供に努めています。

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