

受診される方への問診票

フリガナ		男	大・昭・平・令 年 月 日生
名前		女	→妊娠の可能性あり・なし / 妊娠 週 / 授乳中
固定電話	- -	住所	市
携帯電話	- -	平熱	

1. 今日はどうされましたか？ (いくつでも可です)

熱(), 喉の痛み、咳、鼻水、頭痛、胃痛、腹痛、胸痛、筋肉痛、下痢、嘔吐、吐き気、だるい、悪寒
 節々の痛み、健康診断で異常を指摘された、その他()

その症状はいつ頃から始まりましたか？

今日、(日 日前)、(週 間前)、(ケ月 前)、(年 前)、その他

2. 今までかかった病気があったら○印を付けて下さい。 または病名を書いて下さい。

高血圧、糖尿病、心臓病、胃潰瘍、腎臓病、肝臓病、脳疾患、喘息、アレルギー、

3. 現在、飲んでいる薬がありましたら書いて下さい。 薬手帳:あり・なし

4. その他、相談したい事、または何か在りましたら書いて下さい。

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もおこなっておりますのでご活用ください。