

問 診 票

記入日 年 月 日

(フリガナ)	性別	生年月日
お名前	男・女	大・昭 平・令 年 月 日生 歳
ご住所 〒 -	お電話番号	

・診察前体温（計測した方） °C ・体重（15歳以下） Kg

0. 以下の症状や、経過がありますか？

- 新型コロナ感染を疑うような濃厚接触や渡航歴がある 発熱 息苦しい
 倦怠感 鼻水 咳 喉が痛い 痰 頭痛 味覚・嗅覚が鈍い
* 上記項目に1つでも該当する方は記入を中断し、すぐに受付にお声掛けください。
感染予防にご協力ありがとうございます。

1. 今日はどうされましたか？

いつ頃からですか？ _____ 頃から
どのような症状ですか？ _____

2. 現在治療中の病気、または過去に指摘・通院・治療をされた病気はありますか？

ない ある （喘息・先天性疾患・てんかん・けいれん・糖尿病など）
疾患名： _____

3. 現在飲んでいるお薬はありますか？

ない ある （薬剤名： _____）
* お薬手帳をお持ちの方は薬剤名の記載は不要です。診察室で医師にご提示ください。

4. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状（気分不快、湿疹など）を起こしたことがありますか？

ない ある
薬品または食物の名前と具体的症状： _____

5. 飲めない薬の形状があればご記入ください。 粉末 シロップ カプセル 錠剤

6. 女性の方のみお答えください。

現在、妊娠していますか？ いいえ はい（ _____ ヶ月） 可能性あり
現在、授乳中ですか？ いいえ はい

7. お手数ですが、今回の受診のきっかけを教えてください。

家族・知人の紹介 ネット検索 通りがかり 他院からの御紹介 その他

※患者様の症状や診療内容によって順番が前後することがあります。ご理解のほど宜しくお願い致します。

院内フリーwifi： ネットワーク名「takashimanaika」 パスワード「tnc20511」