

# 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 歳
ご住所 〒 -	お電話番号 ※日中連絡のとれる番号	

・診察前体温（計測した方） ℃ ・体重（15歳以下） Kg

## ■ 次のいずれかに該当するものがあれば、チェックを入れてください。

- 診察時点で発熱のある方
  - 新型コロナウイルスまたはインフルエンザの検査をご希望の方
- ★いずれかに該当する方は、HP等でご案内しているとおり、事前予約が必要です。予約のない方は問診を中断していただき、受付スタッフにお声かけください。

## ■ 本日の症状・ご相談内容をご記入ください

いつ頃から、どのような症状ですか？

---

---

---

## ■ 現在治療中、または過去に診断・治療を受けたことのある病気があればご記入ください。

ない ある 疾患名（ ）

※例：心臓疾患、脳梗塞・脳出血、喘息、糖尿病、悪性腫瘍など

## ■ 現在、服用中のお薬はありますか？

ない ある 薬剤名（ ）

※お薬手帳をお持ちの方は薬剤名の記入は不要です。診察時に医師へご提示ください。

## ■ 今までに薬で体調不良やアレルギー症状を起こしたことがありますか？

ない ある 薬剤名と症状（ ）

## ■ 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

## ■ 以下の項目は、女性の方のみご記入ください。

現在、妊娠されていますか？ 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

## ■ 今回当院を受診されたきっかけを教えてください。

家族の紹介 知人の紹介 他院からの紹介 ネット検索 その他（ ）

※診療内容や症状によっては、順番が前後することがございます。ご理解とご協力をお願いいたします。