

問 診 票

※受診歴のある方は太枠だけでも結構です

フリガナ 氏名		生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日 ()歳	男女
住所	〒		電話番号	
			(携帯電話)	
			体重	()kg ※15歳未満必須

本日の体温 ()℃	
今日はどうされましたか？ 該当するものに✓ してください	
<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 喉が痛い <input type="checkbox"/> 咳が出る <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> その他 _____	<input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> おう吐→()回 <input type="checkbox"/> 便秘→()日目 <input type="checkbox"/> 下痢→()回 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 検査希望 _____
<input type="checkbox"/> 皮膚症状 部位: _____ 状態: _____	

薬や食べ物などアレルギーはありますか？
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → _____

現在治療中の病気はありますか？
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → _____

現在飲んでいるお薬はありますか？
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → <input type="checkbox"/> お薬手帳がある (問診票と一緒に受付にお出しください) ・お持ちでない場合はご記入ください 薬 _____

女性にお聞きします
<input type="checkbox"/> 妊娠中→ _____ 週目 <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> どちらでもない

たばこは吸いますか？
<input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 辞めた

お酒は飲みますか？
<input type="checkbox"/> ほぼ毎日飲む <input type="checkbox"/> 2~3回/週 <input type="checkbox"/> 飲まない

以上です 受付にお出してください