

診療申込み・問診票

令和 年 月 日

フリガナ	住所 (〒 -)
氏名 男 女	
生年月日 S・H・R 年 月 日 (歳)	自宅 - - 携帯電話 - -

◇来院時の体温 (. °C) ◇平熱 (. °C) (平熱は人によって異なりますので)

◇体重 (. kg) ※15歳以下のお子様は必ずご記入ください

◎本日はどのようなことでいらっしゃいましたか (丸を付けてください)

診察・健康診断・予防接種・乳児健診・各種検査・胃カメラ検査相談・アレルギー検査(小学生から)

◎今回相談したい症状は何ですか ※一番つらい症状には◎を付けてください

発熱 咳 のど たん 鼻水・鼻づまり 腹痛 下痢・便秘 吐き気・嘔吐

胃の症状 お腹の症状 頭痛 花粉症 皮膚 () 健診で要精査

◎つらい症状はいつからですか : _____

◎発熱の方に 平熱越えた日時 : _____ / _____, 午前・午後 _____ 時頃 から最高 _____ °C

・コロナ検査:した(月 日, 陽性・陰性)・インフルエンザ検査:した(月 日, 陽性・陰性)

・その他の検査:した() (月 日, 陽性・陰性)

◎通院中、もしくは 過去に病気にかかった事がありますか

いいえ

はい (通院中は◎、過去のご病気は○をつけてください。あるいは 病名を記入してください)

高血圧・糖尿病・高脂血症・心臓病・不整脈・腎臓病・喘息・脳梗塞・脳出血

その他 ()

◎本日、お薬手帳はお持ちですか いいえ はい ※お薬手帳お持ちの方はご提示ください

◎現在、内服している薬はありますか いいえ はい 薬の名前を記載してください ()

◎特定健診の受診歴はありますか いいえ はい

◎薬や食べ物などでアレルギー症状が出現した事がありますか

いいえ

はい (具体的に記載してください)

◎嗜好品について

アルコール 飲まない 飲む (週に _____ 日、種類と量: _____)

タバコ 吸わない 以前に吸っていた 吸う (_____ 本/日、 _____ 歳から)

◎女性の方へ

・妊娠中ですか いいえ はい (_____ 週) 不明 ・授乳中ですか いいえ はい

※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を努めています
 ※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