

# 問診票

ID: \_\_\_\_\_

フリガナ

名前: \_\_\_\_\_ 生年月日:(T・S・H・R) 年 月 日( 歳)

〒

住所: \_\_\_\_\_ 電話番号: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

性別: 男・女 身長: \_\_\_\_\_ cm 体重: \_\_\_\_\_ kg

※マイナンバーカードによる診療情報取得について同意しますか? はい ・ いいえ

## ① 今日はどうしましたか?

その症状はいつからですか? 日前、 ヶ月前 年前、 わからない

※発熱(5日以内)はありますか? 無 有 ( \_\_\_\_\_ °C)

## ② 現在、治療中または過去にかかった病気はありますか?

無有 ( \_\_\_\_\_ )

## ③ 現在、服用中の薬はありますか?

無有 ( \_\_\_\_\_ )お薬手帳はありますか? 無 有

## ④ 薬、食べ物などのアレルギーはありますか?

無有 ( \_\_\_\_\_ )

## ⑤ 女性の方へ

○妊娠:無 有( \_\_\_\_\_ 週目) ○授乳:無 有 ○ピルの服用:無 有

## ⑥ 当院をお知りになったきっかけを教えてください

i : 看板 ii : ホームページ iii : 知人の紹介 iv : ネット検索 v : その他( \_\_\_\_\_ )

## ⑦ 何かご要望があればお書きください

ご回答ありがとうございました。診察までしばらくお待ちください。