

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、 ケ月前 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・近所 ii:電柱 iii:知人の紹介 iv:google検索 v:ネット検索 vi:その他()

⑦ 何かご要望があれがお書きください

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。