

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・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。