

<問診表>

保・マ

受診日 年 月 日

フリガナ

お名前:

性別:男性・女性

体重: kg(お子さんのみ)

生年月日:T・S・H・R 年 月 日

電話番号: - -

携帯番号: - -

ご住所:〒 -

1. いつ頃から、どのように調子が悪いですか？

◎2週間以内に37.0℃以上ありましたか？(日 に ℃) ・ なし

◎1ヵ月以内にコロナ・胃腸炎などの感染症→あった(月 日発症)・なかった

2. 過去に治療中だった疾患、現在治療中のものはありますか？ なし

あり → 病名: いつから:

(高血圧 ・ 心臓病 ・ 糖尿病 ・ 喘息など)

3. 現在、服用中のお薬ありますか？ あり ・ なし

→お薬手帳をお持ちの方はこの用紙と一緒に受付までご提出ください

お持ちでない方

→病院名:

薬名:

4. 薬を飲まれたり、注射をして具合が悪くなったことがありますか？

あり(薬名: 症状:) ・ なし

5. 何かの花粉やアレルギーといわれたことがありますか？

はい() ・ いいえ

*タバコ : 吸う(毎日 本) ・ 吸わない

*アルコール : 飲む(毎日 ml ・ 時々) ・ 飲まない

*妊娠の可能性: あり(妊娠 週目) ・ なし ・ 授乳中

☆この病院は、何でお知りになりましたか？

当院ホームページを見て(PC・携帯)、ご近所、看板、友人・家族の勧め、職場が近い

※上記事項で知り得た情報は、診察以外の目的には使用いたしません。ご協力有難うございました。