

問診票

申込日 年 月 日

ふりがな

お名前 _____ 男 ・ 女

生年月日 S・H・R 年 月 日 (才)

住所 〒 _____

TEL _____ 体温 _____ °C 体重 _____ kg

お子様のみ

●今日はどうされましたか？

- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 熱が出ている | <input type="checkbox"/> 胸が痛い | <input type="checkbox"/> 胃が痛い |
| <input type="checkbox"/> 咳・痰がでる | <input type="checkbox"/> 動悸がする | <input type="checkbox"/> 下痢がある |
| <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり | <input type="checkbox"/> 手足がむくむ | <input type="checkbox"/> 腹痛がある |
| <input type="checkbox"/> 吐いている・吐き気がある | <input type="checkbox"/> しんどい | <input type="checkbox"/> 食欲がない |
| <input type="checkbox"/> めまい | <input type="checkbox"/> 頭が痛い | <input type="checkbox"/> 寝られない |

・その他の症状があればご記入ください

●今までにかかった病気はありますか？（既往歴） 特にない ある

●現在、服用中の薬はありますか？ 特にない ある

●食べ物やお薬のアレルギーなどありますか？ 特にない ある

●（女性の方）妊娠の可能性はありますか？ なし ある わからない

●診察にあたり検査や治療についてご希望がありましたら、ご記入ください

（血液検査・点滴・注射・診断書記載など）