

皮・内

問診表

※全ての項目にご回答ください。

体温 °C お子様は体重 kg

フリガナ		住 所	〒	—
氏 名	男 ・ 女			
生年月日	西暦 年 月 日 (才)	携帯番号	※わかりやすく書いてください。 — — —	

◇症状（当てはまるところをチェックしてください。）

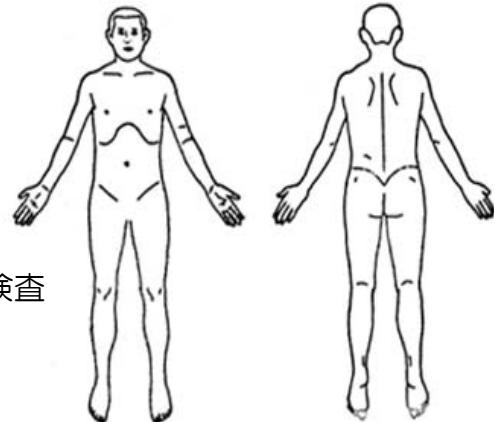
- 発熱 咳 たん 鼻水 のどの痛み 頭痛 腹痛 胃痛 嘔吐 下痢
倦怠感・悪寒 膀胱炎 けが（仕事中） やけど 湿疹 かゆみ
その他（ ）

※症状はいつからですか？

月 日

発熱はいつからですか？

月 日 時頃



◇本日のご希望をご記入お願ひします。

- 薬の処方 コロナ・インフルエンザ同時抗原検査 その他検査

◇大きな病気や入院、手術をしたことがありますか？

- ある→（ ） 特になし

◇現在、治療中の病気はありますか？ いいえ はい（病名： ）◇お薬手帳をお持ちですか？（アプリでも可） いいえ はい（診察室で医師に見せてください）◇アレルギーはありますか？ いいえ はい（ ）

◇お酒を飲みますか？

- いいえ はい（ビール・ウイスキー・日本酒・焼酎・ワイン 1日平均 ml、 杯）

◇煙草を吸いますか？ いいえ はい（1日平均 本／喫煙歴 約 年間）

◇家族で大きな病気や慢性の病気にかかった人はいますか？

- いいえ はい（誰が： 病名： ）

★女性の方にお伺いします 現在妊娠中ですか？ はい（ ケ月） いいえ

・一番最近の最終月経はいつですか？ 年 月 日から 日間

・現在授乳中ですか？ はい いいえ

◇当院をご受診頂いたきっかけはどれですか？

HP・グーグルマップ・LINE・Instagram・X・紹介・その他（ ）

※本日院内で過ごした中で不快に感じた事不満に思ったことがあれば遠慮なくスタッフへお声かけください。

ご記入ありがとうございました。受付までお持ちください