

# 問診票 (※記入ができましたら受付までお持ちください)

フリガナ		男・女	職業
氏名			
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)		
住所	〒 -		
電話番号	携帯	自宅	
	緊急連絡番号		氏名 続柄
身長	cm	体重	kg
		体重の変化	なし・あり
		ヶ月で	増・減

・本日のご相談内容を記入してください。

いつ頃から：

内容（簡単に教えてください）

・1ヶ月以内に海外渡航歴、又は新型コロナウイルス感染症の方との接触はありますか？

いいえ・はい

・一週間以内に発熱・嘔吐・下痢はありますか？ いいえ・はい（発熱・嘔吐・下痢）

・今までかかっていたご病気や、現在治療中のものはありますか？

いいえ・はい（心疾患・高血圧・糖尿病・喘息・血管障害・悪性腫瘍・その他：）

・内服中の薬はありますか？※お薬手帳のある方は受付に出してください。

いいえ・はい（お薬の名前：）

・ご家族様が今までかかっていたご病気や、現在治療中のものはありますか？

いいえ・はい（心疾患・高血圧・糖尿病・喘息・血管障害・悪性腫瘍・その他：）

・今まで健康診断で異常や指摘されたことはありますか？ いいえ・はい（

アレルギーはありますか？ いいえ・はい（

手術歴はありますか？ いいえ・はい（

・普段の生活について

飲酒：飲まない・飲む（毎日・週 回・ 杯）

喫煙：吸わない・吸う（1日 本）

月経（女性の方のみ）：いいえ・はい（最終月経 月 日 ~ 月 日）

妊娠の可能性：いいえ・はい