

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
			紹介状 なし ・ あり

• 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