

問 診 票

令和 年 月 日

フリガナ 氏名		男 ・ 女	大・昭・平・令 年 月 日生
住所	〒		
電話番号			
携帯番号			
いつから? ()日前から ()ヶ月前から ()年前から			
どのような症状? <input type="checkbox"/> 咳(せき)・痰(たん) <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 寒気・発熱 <input type="checkbox"/> 体のだるさ <input type="checkbox"/> 関節の痛み <input type="checkbox"/> 胃痛・腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 胸の痛み <input type="checkbox"/> 動悸・めまい <input type="checkbox"/> その他の症状()			
① 本日はどうなされましたか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ はいの場合のみお答え下さい。			
② 現在、治療中の病気はありますか? 病名() 現在飲んでいる薬はありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ *お薬手帳をお持ちの方は、受付に提出して下さい。			
③ 過去に薬を飲んで気分が悪くなったりしたことがありますか? どのような薬() どのような症状()			
④ 女性の方へ 妊娠()ヶ月 授乳中			
⑤ 最近海外に行きましたか? いつ? () 国名()			
⑥ 当院についてはどうやってお知りになられましたか? <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> タウンページ等の紙面広告 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 通りすがり <input type="checkbox"/> その他()			

*記入された個人情報は、個人情報保護に基づき、治療や予約などにおいて必要な事以外には使用いたしません。