

問診票

フリガナ		男	生年月日	大・昭・平・令
氏名		・	・	年 月 日
		女	年齢	(歳)
住所	〒 -			
電話番号	(自宅) - -	(携帯)	- -	

身長： cm 体重： kg 体温： 度 分

今日はどうなさいましたか？（紹介状があればお見せください。）

いつから：

- | | | | | |
|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> めまい | <input type="checkbox"/> 喉の痛み | <input type="checkbox"/> 鼻水 |
| <input type="checkbox"/> 咳 | <input type="checkbox"/> 痰 | <input type="checkbox"/> 息苦しさ | <input type="checkbox"/> 動悸 | <input type="checkbox"/> 胸の違和感 |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> 腹痛 | <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 排尿時痛 |

インフルエンザ・コロナウイルス抗原検査希望 なし あり

その他：

現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？

なし あり 病名：

現在服用中のお薬はありますか？（お薬手帳があればお見せください。）

なし あり お薬名：

お薬や食べ物のアレルギーはありますか？ なし あり お薬名や食べ物名：

お酒は飲みますか？ 飲まない 飲む 日/週 種類・量：

タバコは吸いますか？ 吸わない 吸う 本/日 年間 やめた（ ）年前に

*女性の方 妊娠中ですか？ いいえ はい（ ）週目 授乳中ですか？ いいえ はい

マイナ保険証による情報取得に同意しましたか？ いいえ はい

ご協力ありがとうございました。