

## 問 診 票

令和 年 月 日

ふりがな		性別	男 女
名前		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
			( 歳 ヶ月)
電話番号		携帯番号	
住所	〒 -		

体重 ( kg) 体温 ( °C) 妊娠 (無・有 ヶ月) 授乳 (無・有 ヶ月)

1. 家族や職場に感染症の方がおられますか？ いいえ はい  
インフルエンザ 新型コロナウイルス その他 ( )
2. 2週間以内に海外渡航や他県への移動がありましたか？ いいえ・はい； (場所 )
3. 当てはまる項目に、いつからどんな症状かご記入下さい。 発症時の発熱 なし・あり  
みみ ( )  
はな ( )  
のど・くち ( )  
のどが痛い方のみ記入して下さい。  
食事はとれていますか？ はい・いいえ 水は飲めますか？ はい・いいえ  
めまい ( )  
足や手に力はいらない状態ですか？体が動かしにくいですか？ いいえ・はい  
その他 ( )
4. 今までにお薬で異常が出たことがありますか？ いいえ・はい；名前と症状を書いて下さい。  
( 名前 症状； )  
( 名前 症状； )  
( 名前 症状； )  
それ以外にも 薬に関してトラブルがある方はお知らせ下さい。
5. 次の病気と診断されたことや、現在治療中の病気があれば○をお願いします。  
高血圧症 不整脈 心筋梗塞・狭心症 脳梗塞・脳出血 高脂血症 糖尿病 前立腺肥大  
緑内障 白内障 肝炎 腎炎 気管支喘息 てんかん・熱性痙攣 結核 癌 (部位 )  
その他； ( )
6. 現在なにか薬を飲まれていますか？ いいえ・はい (くすりのお名前を教えてください)  
薬の名前； (受診前にお薬手帳の情報を頂ければ受付がスムーズです)

※ 送信先を間違えないように御注意下さい。受診時に持参する必要はありません。

※ 当院から確認FAX受診後に、個人情報漏れないように破棄して下さい。