

問診票 氏名 \_\_\_\_\_ 受診日 年 月 日

ご面倒をおかけいたします。診察に約立つため下記の質問にお答えください。

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか。 体温 ( ) °C

1. いつ頃から ( ) 日・ヶ月・年 前から
2. 症状
3. 最近インフルエンザの方が周囲にいたことが ある ない

2. 今まで大きな病気にかかったことや、現在療養中の病気、手術歴がありますか

病名 ( ) はい いいえ

手術歴あれば病名 \_\_\_\_\_ ( 病院名 \_\_\_\_\_ )

3. 現在服用しているお薬がありますか はい いいえ

薬の名前
※ お薬手帳をお持ちの方は、拝見させていただきます。

4. タバコは吸いますか はい いいえ

5. 薬や注射でアレルギーありますか はい いいえ

( 薬品名 )

6. 食べ物でアレルギーありますか はい いいえ

( 食品名 )

女性の方へ

妊娠中または妊娠している可能性はありますか? はい いいえ

授乳中ですか はい いいえ

# 診察申込書

平成 年 月 日

ふりがな	
氏名	男 ・ 女
生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日 ( 歳)
現住所	〒
自宅電話	
勤務先名	
日中連絡先	