

問 診 票

記入年月日 令和 年 月 日

カルテNo. ()

フリガナ		性 別
お名前		男・女
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)	
ご住所	〒 -	
電話番号	自宅 () - 携帯 () -	
緊急連絡先	お名前 続柄 () 番 () -	
世帯構成	独居・夫婦のみ・他の同居親族あり・施設入居 ()	

■ 本日はどのような症状でこられましたか

いつ頃から	
どのような症状ですか	発熱 (度) ・せき・たん・のどの痛み・声がれ・鼻水・息苦しい・体がだるい
症状のある部位はどこですか	
原因に心当たりはありますか	

■ 現在、通院、治療はされていますか。病名などあれば教えてください。(該当するものに○)

いいえ ・ 脳卒中 ・ が ん ・ 心臓病 ・ 高血圧 ・ 高コレステロール血症
糖尿病 ・ ぜんそく ・ 腎臓病 ・ 肝臓病 ・ リウマチ ・ 胃潰瘍 (胃炎)
骨 折 (部位:)
その他 ()

■ 現在、服薬されているお薬はありますか。

いいえ ・ はい ※ はいの方は、お薬手帳をご提示ください。

■ 今までに大きな病気にかかれたことはありますか。

いいえ ・ はい ()

■ お薬や食べ物でじんましん等のアレルギー症状がでたり、気分が悪くなったことがありますか。

いいえ ・ はい 食品・薬の名称 ()

■ 現在、授乳中や妊娠の可能性はありますか。

いいえ ・ 妊娠中 (週目) ・ 授乳中

ご記入どうもありがとうございました。この用紙を受付にお渡しく下さい。