|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 男 ・ 女 | 生年月日 | 西暦  年　　　月　　　日 　　（　　　　　　　　　　歳　） |
| お名前 |  |
| ご住所 | 〒（　　　-　　　　） | | 身長 | cm |
| 体重 | kg |
| 体温  ＊身長計、体重計は待合室にありますのでご自由にお使いください。 | ℃ |
| 携帯電話番号 |  | |
| メールアドレス | ＠ | |

問　診　票　　　内　科　　(初診用)

ご記入日　　　　年　　月　　日

●今日はどのようなことで来院されましたか？（複数回答可）

　□発熱（最高　　　℃）□咳　　　□呼吸苦　　□鼻づまり　　□鼻水（水っぱな・青っぱな）

　□発疹　　□のどの痛み　　□頭痛　　　□腹痛　　　□吐き気　 □下痢　　　□便秘　□血圧が高い(　　㎜Hg) □血糖が高い　□その他(　　　　　　　　　　　　　 　)

●上記の症状はそれぞれいつ頃からありますか？

　□今日から　　　　□　　　　日前から　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

●現在、周囲に流行している病気はありますか？

　　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　□なし

●現在、当クリニック以外から処方されている薬があれば、ご記入ください。もしくはお薬手帳がある方は、受付へ提出してください。

　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

●現在治療中の病気、もしくは過去に治療を受けた病気はありますか。

　□高血圧　□糖尿病　□脂質異常症　□痛風　□関節リウマチ　□心筋梗塞　□脳梗塞

　□気管支喘息　□COPD　□アトピー性皮膚炎　□アレルギー性結膜炎　□アレルギー性鼻炎

　□緑内障　　□不整脈　□前立腺肥大　　　　□がん　　□腎臓病　　□精神科疾患

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

●これまでに入院や手術したことありますか。□あり　　　　　□なし

　　いつ

　　病名

　　病院名

●これまでに食物やお薬でアレルギーをおこしたことがありますか？

　　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　□なし

●タバコ　□吸わない　□やめた(　　歳まで　　本/日)　□吸っている(　　歳から　　本/日)

●お酒　　□飲まない　□時々飲む　　□毎日飲む(種類　　　　　1日飲む量　　　　　　　)

●女性の方に伺います。

妊娠の有無　□あり　　　　□なし　　　　　授乳の有無　□あり　　　　　□なし

●新型コロナウイルスに関して

　　周囲に感染、もしくは疑いのある人はいますか？　□はい（続柄　　　　　　）□いいえ

　　過去14日以内にお住いの地域以外にいきましたか？　□はい(市町村名　　　　　)□いいえ

　　その他、感染に関して何か気になる点はありますか？（　　　　　　　　　　　　　　　　）

●ほかにご心配なこと、お伝えしたいことがありましたら、ご記入ください。

明細書不要の方は✔をご記入ください→

□