

問 診 票 内 科 (初診用)

ご記入日 年 月 日

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	西暦	年 月 日
お名前				(歳)	
ご住所	〒(-)	身長	cm		
		体重	kg		
		体温	°C		
携帯電話番号		*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。			
メールアドレス	@				

- 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 °C） 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（ mm 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がありますか。 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→