|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ | 　 | 男・女 |
| お名前 | 　　 |
| 生年月日 | 西暦　　　　　　年　　　月　　　日　（　　　　歳） |
| 体重 | 　　　　　　　kg | 体温 | 　　　　　　　℃ |

●今回はどのような症状で受診されましたか。

問診票　内科　再診用

□定期受診　□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　　　　□血糖が高い

□血圧が高い(　　㎜Hg)　□その他(　　　　　　　　　　　 　)

●いつから症状続いていますか

□今日から　　　□　　日前から　　　□その他(　　　　　　　　　)

●現在の症状は、前回と比べてどうでしょうか。

□良くなっている　□変わっていない　□悪くなっている

●現在、周囲で流行している病気はありますか?

□あり(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)□なし

●当院以外のお薬の処方はありますか？

□あり(薬名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)□なし

●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

●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ついて

　周囲に感染もしくは疑いのある人はいますか？□はい(　　　)□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

　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⇒