

問診票 内科 再診用

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。
- 定期受診 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 血糖が高い
 血圧が高い (mm 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がありますか？
- 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⇒