

年 月 日

体重（小児のみ）： kg

## 問 診 表

ふりがな

氏名： 男／女 生年月日： T・S・H・R 年 月 日（ 才）

住所：〒

携帯番号： 電話番号（自宅）

■ 次の症状に当てはまるものに☑してください。

- |                                                  |                                      |                                 |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 熱がある いつ（ ）～（ ）℃         | <input type="checkbox"/> 頭痛がある       |                                 |
| <input type="checkbox"/> 咳・咳き込みがある               | <input type="checkbox"/> のどの痛みがある    | <input type="checkbox"/> 鼻水がでる  |
| <input type="checkbox"/> 痰がからむ                   | <input type="checkbox"/> 体のだるさ、疲れがある | <input type="checkbox"/> 関節痛がある |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐（ ）回・下痢（ ）回などの腹部症状がある |                                      |                                 |
| <input type="checkbox"/> 上記以外の症状がある方は記入してください    |                                      |                                 |

☐ 周囲に流行している感染症がある：

■ ご希望の検査に☑をしてください。 \*当院でできない検査もありますのでご相談ください。

- |                                        |                                        |
|----------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> インフルエンザ抗原     | <input type="checkbox"/> コロナウイルス抗原     |
| <input type="checkbox"/> インフルエンザとコロナ両方 | <input type="checkbox"/> 検査について相談または不要 |
| <input type="checkbox"/> その他（ ）        |                                        |

■ 薬・食べ物のアレルギーはありますか？ なし・あり（ ）

■ 現在、内服中の薬はありますか？ お薬手帳をお持ちの方は、一緒をお願いします。  
なし ・ あり（薬品名： ）

■ 女性の方へ 妊娠している可能性はありますか？ ない ・ ある  
授乳中ですか？ いいえ ・ はい

■ 下記の項目で今までにかかった病気や治療中の病気がある方は○を付けてください。

喘息、肺疾患、腎臓病、高血圧、糖尿病、肝臓病、脂質異常、心臓の疾患  
脳血管疾患、がん、免疫機能低下、  
その他（ ）

※健康診断の結果や他院からの紹介状などありましたら、提出をお願いします。

※具合が悪いようでしたら、受付までお申し付け下さい。

大本内科医院

