

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。

- 熱がある いつ（ _____ ）～（ _____ ）℃ 頭痛がある
 咳・咳き込みがある のどの痛みがある 鼻水がでる
 痰がからむ 体のだるさ、疲れがある 関節痛がある
 嘔吐（ _____ ）回・下痢（ _____ ）回などの腹部症状がある
 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。

- インフルエンザ抗原 コロナウイルス抗原
 インフルエンザとコロナ両方 検査不要（診察後、必要と判断される場合あり）
 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

