

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 (_____) ~ (_____) °C | <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"/> 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

