

(フリガナ) 氏名 :	性別 : 男・女	体温 : _____ °C
	体重 (中学生まで記入) : _____ kg	
生年月日 : 大・昭・平・令 年 月 日生 (才)		
住所 : 〒 _____		
自宅電話番号 :		携帯電話番号 :

★緊急連絡先 (上記に記入された内容以外で、必ず1名はご記入ください)

(フリガナ)

①氏名 : _____ 続柄 _____ 電話番号 : _____

(フリガナ)

②氏名 : _____ 続柄 _____ 電話番号 : _____

【個人情報の取り扱いについて】この問診票にご記入いただいた個人情報は、診療行為以外の用途には使用いたしません。

【下記の質問事項に☑またはご記入ください】

1. 本日の来院理由を教えてください

今現在症状 : あり・なし

2. 過去、もしくは今現在、下記の病気にかかったことはありますか？

いいえ はい

心臓病 (狭心症 不整脈 心筋梗塞)

高血圧症 脂質異常症 糖尿病 肝臓病

腎臓病 脳卒中 喘息 甲状腺の病気

その他 (_____)

3. これまでに薬や食品などで、アレルギーを発症したことがありますか？

いいえ はい (薬名 又は 食品名等 : _____)

4. 現在、服用中のお薬はありますか？

いいえ はい (薬名 : _____)

※お薬手帳または、薬剤情報をお持ちの方は薬名記入不要です。受付にお出してください。

5. 会話が聞き取りにくいですか？

いいえ はい

6. 持参書類はありますか？

いいえ 紹介状 検査結果 その他 (_____)

7. 女性の方のみお答えください

☆妊娠されてますか？ いいえ はい (_____ 週目) わからない

☆授乳中ですか？ いいえ はい

8. その他 (10月~3月に受診の方のみご記入ください。)

・今シーズン季節性インフルエンザ予防接種は受けましたか？ いいえ はい

・1週間以内で近親者にインフルエンザ感染者はいますか？ いいえ はい

