

問 診 票

(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】

<p>1. 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？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><input type="checkbox"/>心臓病 (<input type="checkbox"/>狭心症 <input type="checkbox"/>不整脈 <input type="checkbox"/>心筋梗塞)</p> <p><input type="checkbox"/>高血圧症 <input type="checkbox"/>脂質異常症 <input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>肝臓病</p> <p><input type="checkbox"/>腎臓病 <input type="checkbox"/>脳卒中 <input type="checkbox"/>喘息 <input type="checkbox"/>甲状腺の病気</p> <p><input type="checkbox"/>その他 (_____)</p> </div>
<p>2. お薬の副作用はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (薬名: _____)</p>
<p>3. 現在、服用中のお薬はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (薬名: _____)</p> <p>※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。</p>
<p>4. 会話が聞き取りにくいですか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>
<p>5. 持参書類はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>紹介状 <input type="checkbox"/>検査結果 <input type="checkbox"/>その他 (_____)</p>
<p>6. 女性の方のみお答えください</p> <p>☆妊娠されてますか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (_____ 週目) <input type="checkbox"/>わからない</p> <p>☆授乳中ですか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>
<p>7. 本日はどのような症状ですか？ (例: 動悸がする・胸が痛い等)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>今現在も症状あり・時々症状あり・落ち着いている/いつ頃からですか (_____ 頃から)</p>
<p>8. その他 (10月~3月に受診の方のみご記入ください。)</p> <p>・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？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p> <p>・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？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>

*ご記入ありがとうございました。