

問診票

令和 年 月 日

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	(大正・昭和・平成・令和)
お名前			年 月 日	(歳)
ご住所	〒 - □姫路市			
電話番号		携帯番号		
ご職業				
体重		kg	体温(診察前)	・ °C

●今日どのような症状で来院されましたか？

●その症状はいつ頃からですか？

●現在治療している病気、または過去に治療を受けた病気はございますか？

なし あり ※ありとお答えの方、それはいつごろどんな病気ですか？

時期

病名

●現在飲まれているお薬はありますか？

なし あり ※ありとお答えの方、お薬の内容がわかる手帳等を受付へお持ちください。

お薬手帳を忘れた

●アレルギーはありますか？(医師に知っておいてほしいこと)

なし あり ※ありとお答えの方、何のアレルギーですか？

◎女性の方のみお答えください。

・妊娠されていますか？ いいえ はい (週) わからない

・授乳中ですか？ いいえ はい

※発熱外来受診希望の方のみお答えください。

・近親者にコロナ感染 あり 間柄 () なし

・味覚障害 あり なし

・コロナワクチン予防接種月日

一度も接種なし

① 月 日 ② 月 日 ③ 月 日 ④ 月 日

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。