

I D _____

来院日 _____

フリガナ _____

お名前 _____

性別 (男 ・ 女)

生年月日 (明・大・昭・平) _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご住所 〒 _____

電話番号 (_____) _____

携帯番号 _____

勤務先名 _____

勤務先電話番号 _____

緊急連絡先 (続柄 : _____) _____

※ **裏面の記入もお願いします。**

問 診 票

お名前 _____ (歳)

- 今回受診される症状を具体的に (いつから・どこが・(何をして) どんな具合か) 記入してください。

【 発熱・咳・下痢・嘔吐 等の症状のある方にお伺いします 】

- ① あなたのまわりに感染性の病気の方がいますか。(はい ・ いいえ)
「はい」と答えた方・・・(病名 : _____)
- ② 渡航歴 (なし ・ あり → 月 日まで 国名 : _____)

- そのほか現在かかっている病気はありますか。(あり ・ なし)

ある場合 [病 名 : _____
病 院 名 : _____]

- いつも飲んでいる薬があればご記入ください。お薬手帳があれば結構です。

- 今までにかかった大きな病気、手術があればご記入ください。

- 血が止まりにくかったり、そんな体質と言われた事がありますか。(あり ・ なし)

- 今まで薬や注射で発疹や異常があった事がありますか。(あり ・ なし)

ある場合 [薬品名等 : _____]

- 薬以外にアレルギーはありますか。(いいえ ・ はい → 何の _____)

- お酒を飲みますか。(いいえ ・ はい → 1 日量 _____)

- たばこを吸いますか。(いいえ ・ はい → 1 日 _____ 本)

- 【女性の方に】妊娠はしていますか。(している ・ していない ・ わからない)

【血圧】 _____ / _____ mmHg ・ 【体温】 _____ . _____ °C

【身長】 _____ . _____ cm ・ 【体重】 _____ . _____ kg (体重・血圧は待合室で測定できます)