

No.

問診票



おうえ
ケアとわ
クリニック

フリガナ				受診日 令和 年 月 日
お名前		性別	男 ・ 女	○をつけて下さい
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令	年	月	日 (歳)
住所	〒 -			
電話	-	-	体温	℃

今日はどのような症状で受診されましたか？

【一般内科】 発熱 (いつから . °C)
 咳 のどの痛み 頭痛 胸痛 腹痛 吐き気 おう吐 下痢
 肩や腰が痛い 打撲 やけど 傷 胃カメラ 大腸カメラ
 【皮膚科】 皮疹・痒み・いぼ (場所:) 光線療法
 【自由診療】 新型コロナ関係 脱毛 (相談含む) 健康診断
 【その他 (具体的にお書き下さい)】

その症状で他の医療機関を受診されましたか？

はい ・ いいえ

今までに大きな病気やケガ、入院、手術をしたことがありますか？

はい ・ いいえ (「はい」の方はどのような病気かをお書き下さい)

現在治療中の病気はありますか？

はい ・ いいえ (「はい」の方はどのような病気かをお書き下さい)

現在内服中の薬はありますか？ (お薬手帳のある方は診察時にお見せ下さい。)

・
 ・
 ・

今までに薬や食品で、アレルギー症状 (じん麻疹、発疹、気分不快) 等が出現したことはありますか？

はい ・ いいえ (「はい」の方はどのような薬・食品かをお書き下さい)

お酒	種類；	本	日/週	タバコ	本/日	年間
----	-----	---	-----	-----	-----	----

現在妊娠中またはその可能性がありますか？ (女性の方)

はい ・ いいえ

当院に来院されたきっかけは何ですか？該当項目にチェックして下さい。(複数回答可)

- 自宅 もしくは 勤務先が近いので
 その他の医療機関、薬局などで勧められて
 家族や知人に聞いて (お名前もしくは間柄:)
 広告などを見て (折り込み ・ 看板 ・ インターネット ・ 電話帳)
 その他 ()

記載された内容につきましては、個人情報保護法に基づき管理させていただきます。