問診票

お名前	ふりがな　　男 ・ 女	生年月日	昭和・平成・令和 年　月　日 （　歳　か月）
ご住所	〒　－	お電話	自宅　－　－ 携帯　－　－
		体重：　kg	体温：　℃(現在)

■本日はどうなさいましたか？（症状に○をしてください）

・発熱(37.5℃以上)	月	日～			
・咳	月	日～	・鼻水	月	日～
・下痢	月	日～	・嘔吐	月	日～
・発疹	月	日～			

◆これら以外の症状があればお書きください		
◆周りで流行っている病気はありますか？　（はいの場合は具体的にご記入ください）		
いいえ	はい	
◆風邪以外でかかったことがある病気はありますか？		
いいえ	はい	
◆アレルギーはありますか？		
いいえ	はい	
◆毎日飲んでいる薬はありますか？		
いいえ	はい	
◆薬で具合が悪くなったことがありますか？		
いいえ	はい	
◆その他（上記以外に気になる事があればお書きください）		

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。