

カルテ NO. _____

問 診 票

氏名	ふりがな	生年 月 日	T · S · H 年 月 日生 (歳)	性 別	男 · 女		
住所	〒						
電話	自宅：	携帯：					
緊急連絡先					(様)		
身長	cm	/	体重	kg	/	体温	℃

今日はどうされましたか	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 手がしびれる <input type="checkbox"/> 他院からの紹介 <input type="checkbox"/> その他 () 【当院スタッフ記入欄】				
症状はいつ頃からですか					
現在治療中の病気はありますか	いいえ はい ()				
現在お薬を飲んでいますか	いいえ はい ()				
今までにかかった病気を教えてください					
お薬や食べ物のアレルギーはありますか	いいえ はい ()				
お酒は飲みますか	いいえ はい (週 日・種類 量)				
タバコは吸いますか	いいえ ・ はい (歳から・ 本/日) 以前吸っていた (歳まで)				
女性の方のみお答えください	最終月経	月 日			
	妊娠されていますか	いいえ ・ わからない ・ はい (週目)			
	授乳中ですか。	いいえ ・ はい			

お薬はジェネリックを希望されますか。(はい ・ いいえ)

◎ご協力ありがとうございました。お手数ですが受付にお返してください。

カルテNo. _____

予約時間 _____ : _____ 発熱外来用 車 (No. _____) ・ 徒歩 ・ 自転車