

初診問診票

記入日 令和 年 月 日

お手数をおかけします。診療に役立てるため、下記の質問にお答え下さい

フリガナ		性別 : 男 ・ 女	
氏名 (旧姓)			
生年月日 T ・ S ・ H ・ R 年 月 日 (歳)			
住所 〒 —			
※電話番号 (自宅 ・ 携帯) — —			
※メールアドレス			
※本人以外の連絡先	氏名	フリガナ	続柄
			電話番号
		—	—

- 1.いつから症状がありますか? 月 日頃
- 2.発熱はありますか? ・ はい (体温 度) ・ いいえ
- 3.のどの痛みはありますか? ・ はい ・ いいえ
- 4.せきはでますか? ・ はい ・ いいえ
- 5.痰はでますか? ・ はい ・ いいえ
- 6.鼻水はでますか? ・ はい ・ いいえ
- 7.味覚や嗅覚の異常 ・ あり ・ なし
- 8.倦怠感がありますか? ・ はい ・ いいえ
- 9.下痢していますか? ・ はい ・ いいえ
- 10.嘔吐はありますか? ・ はい ・ いいえ
- 11.食欲はありますか? ・ はい ・ いいえ
- 12.持病はありますか? ・ はい (病名:)
・ いいえ
- 13.服用中の薬はありますか? ・ はい (薬品名:)
・ いいえ
- 14.喫煙の有無 ・ あり ・ 過去にあり ・ いいえ
- 15.妊娠されてますか? ・ はい ・ いいえ

ご協力ありがとうございました。

この問診票は診察以外では使用致しません。個人情報保護法に基づいて適切にお取扱いいたします。