

# 問診票

日付印

ふりがな  
◎ お名前： 大・昭 性別： 男 ・ 女  
◎ 生年月日 平・令 年 月 日 小学生以下の方は、 保育園通園中  
体重を記入して下さい。 Kg ( はい ・ いいえ )  
□□□ - □□□□  
◎ 住所：  
◎ 電話番号： 携帯電話：

◎ 当診療所をどのようにして知りましたか？ ○印をお付け下さい。  
( NTT電話帳・ミニコミ誌・駅看板・家族・友人知人・インターネット・エコーラマミ新聞広告・クリニックの前を通った・その他 )

|   |  |
|---|--|
| ◎ 今までにコロナにかかった、あるいは現在かかっている他の大きな病気がありますか。<br>・はい。 ⇒⇒⇒⇒<br>・いいえ。 | その病気の名前：   |
| ◎ 現在、服用されている薬がありますか。<br>・はい。 ⇒⇒⇒⇒<br>・いいえ。                      | その薬のお名前：(お薬手帳等あれば添付させて下さい。)<br>その病院のお名前( )   |
| ◎ 薬のアレルギーがありますか。<br>・はい。 ⇒⇒⇒⇒<br>・いいえ。                          | その薬のお名前：   |
| ◎ 現在、妊娠中または授乳中でしょうか。<br>・はい。 ⇒⇒⇒⇒<br>・いいえ。<br>・その他 ⇒⇒⇒⇒         | <input type="checkbox"/> 妊娠 ヶ月<br><input type="checkbox"/> 生後 ヶ月<br><input type="checkbox"/> まだわからない |

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| ◎ 今日はどうされましたでしょうか。<br><いつ頃から> | <症状をご記入下さい。>  |
| はな：                           | <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻つまり <input type="checkbox"/> 嗅覚異常 <input type="checkbox"/> その他                          |
| みみ：                           | 右耳： _____<br>左耳： _____<br>両耳： _____   |
| のど：                           | <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> その他 |
| そのほか：                         | <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 呼吸が苦しい<br>発熱【あり( 度) ・ なし】   |

◎ 直接、他に医師に説明することがある。( はい ・ いいえ )

◎ 周りで新型コロナに感染された方はいらっしゃいますか。 いいえ  
はい ⇒

自由記載欄：

|           |       |
|-----------|-------|
| ★スタッフ記入欄★ |       |
| 診療/薬剤情報   |       |
| 同意する      | 同意しない |
| 特定健診情報    |       |
| 同意する      | 同意しない |

◎ ジェネリック品にできるものは希望する ( はい ・ いいえ )

当院の受診の順番について

受付番号順でお呼びしておりますが、お呼びした際に待合室に居られない場合、多少順番が前後いたします。ご理解の程よろしく願いいたします。

院長

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の情報のために努めています。

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。