

フリガナ

自宅:

氏名

連絡先 携帯:

〒  
住所

(満 歳)

生年 大・昭  
月日 平・令 年 月 日

男 女 身長 cm / 体重 kg / 本日の体温 °C

■1. 本日はどうされましたか? (複数チェック可)

- 発熱 (いつから ) (最高熱: °C)
- 関節の痛み  倦怠感  頭痛  のどの痛み  鼻水・鼻づまり
- せき・たん  腹痛  吐き気・吐く  下痢  食欲がない
- かゆみ・発疹  胸の痛み  息苦しさ・息切れ
- 動悸・ドキドキ  めまい・ふらつき  その他 ( )

■2. その症状はいつ頃から続いていますか ( )

■3. 現在治療中のご病気はありますか ( はい ・ いいえ )

病名

→お薬手帳があれば提出をお願いいたします

■4. 過去にかかったご病気はありますか ( はい ・ いいえ )

病名

■5. お薬で副作用やアレルギー(じんましんなど)が出たことはありますか

お薬の名前 / 症状 ( はい ・ いいえ )

■6. 女性の方へ

妊娠中 ( 週数 週)  授乳中 ( ヶ月)  どちらでもない

当院はマイナ保険証の利用や問診票等を通じて、患者様の診療情報を取得、活用することにより質の高い医療の提供に努めており医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関です。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よろしくお願いいたします。