

陽だまりの丘なかむら内科 問診票

令和 年 月 日 記入

ふりがな お名前	生年月日 大・昭・平 年 月 日 () 歳	性別 男・女	体温 °C
ご住所 〒			体重 Kg
電話番号 (自宅)		携帯番号	

おわかりになる範囲で結構ですので、以下の質問にお答えください。

1. 今日はどうされましたか。(複数回答 可)

- 発熱 さむけ 関節の痛み からだがだるい 食欲がない 頭痛
 のどの痛み 鼻水・鼻づまり せき たん 胸の痛み 息苦しさ
 動悸・ドキドキ 腹痛 吐き気 吐く 下痢 めまい・ふらつき
 ろれつが回りにくい 手足のしびれ 肩こり 腰痛 むくみ
 かゆみ 発疹 その他 ()

2. その症状はいつ頃から続いていますか。

3. 過去に通院あるいは入院されたご病気はありますか。(はい ・ いいえ)
(病名)

4. 現在、通院されている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(じんま疹など)が出たことはありますか。(はい ・ いいえ)
(薬の名前) (症状)

6. (女性の方で)妊娠の可能性はありますか。(はい ・ いいえ)
現在、授乳中ですか。(はい ・ いいえ)

7. ご希望の検査や治療があればお書きください。

8. 詳細な明細書(診療報酬明細書)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。