

問 診 票

ふりがな

◆お名前：

男・女

※妊娠中・その可能性が
あれば記入途中でも
お伝えください

◆生年月日： 大正・昭和・平成・令和 年 月 日

〒

◆住 所：

◆電話番号 自宅： 携帯：

◆緊急連絡先（上記以外で親族・知人・勤務先等）

お名前： 続柄： 電話番号：

※お薬手帳・紹介状・検査/健診結果等お持ちでしたらお出してください

◆該当する項目に☑チェックを付けてください

通院中の 病院	☐ ある⇒ 病院名 . . ☐ ない . .
お薬・食品 のアレルギー	☐ ある⇒ 何で？ . . ☐ ない . .
手術歴	☐ ある⇒ いつ・ どこで・ どんな・ ☐ ない

◆2週間以内にご本人・同居家族に37℃以上の発熱・コロナ・インフルエンザ
胃腸炎等の感染症に罹った方はいませんか？

いつ： 誰： 症状：

◆当てはまる症状に○を付けてください

現在の体温： °C

発熱 °C・風邪・腹痛・吐き気・嘔吐・下痢・便秘・胃の不調

肛門の⇒出血・痛み・腫れ・かゆみ

その他症状などはこちらへ↓

お付き添いの続柄：