問　診　票

◆２週間以内で、ご本人･同居家族に以下の症状があった場合は先にお申し出ください

・３７℃以上の発熱　　・はしか、発疹

・コロナ、インフルエンザ　　・その他感染症

・胃腸炎　　いつ：　　誰：

◆妊娠中その可能性がある方も先にお申し出ください

ふりがな

◆お名前：　　男・女

◆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･食品のｱﾚﾙｷﾞｰ	□ある ⇨ 何で？	・	・
	□ない	・	・
・既往歴 ・手術歴	□ある⇨	いつ・ 病院名・ どんな・	いつ・ 病院名・ どんな・
	□ない		

◆当てはまる症状に〇を付けてください　　現在の体温：　　℃

発熱　　℃・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：