

年 月 日

問 診 表

診察の前に御協力下さい。

オンライン資格確認による情報提供として

薬剤情報の閲覧に同意しますか？(はい・いいえ)

特定健診の情報閲覧に同意しますか？(はい・いいえ)

限度額適用認定証に同意しましたか？(はい・いいえ)

ふりがな	体温	℃
お名前	身長	cm
住所	体重	kg
電話番号	血圧	/ mmHg
※携帯電話	脈拍 ()	
生年月日		

1、本日はどんな症状ですか？(症状が重い順に番号を記入して下さい。)

() 発熱、() 咽頭痛、() 頭痛、() 鼻汁、() 鼻づまり、
() くしゃみ、() 寒気、() せき、() たん、() 悪心、
() 嘔吐、() 下痢、() 腹痛、() 関節痛、
他()

2、いつからですか？() 頃から

3、現在、飲んでいる薬はありますか？

いいえ

はい 薬品名()

4、今までにお薬で副作用が出たことがありますか？

いいえ

はい 薬品名()

5、過去、大きな病気をしたことがありますか？

いいえ

はい ()

6、女性の方にお伺いします。(X線検査、薬を飲む関係で)

有りの方は受付で必ず申告してください。

現在、妊娠中である。(有 ・ 無) () 週目)

妊娠の可能性がある。(有 ・ 無)

現在、授乳中である。(有 ・ 無)

ありがとうございました。もう少々お待ち下さい。

きたかみ駅前内科クリニック

一般