

問診票

・太枠の中をご記入ください

記入日： 令和 年 月 日	
ふりがな	
氏名	男 ・ 女
生年月日	大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日 (歳)
住所	〒
携帯電話番号	有 ・ 無 - -
自宅電話番号	有 ・ 無 - -
体温	度 分 (/ 度 分)
※本日はどうなさいましたか？当てはまるものにチェックをつけて下さい。	
<input type="checkbox"/> 痛い (<input type="checkbox"/> のど <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> おなか <input type="checkbox"/> 背中 <input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> その他())	
<input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 咳・たん <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 胃痛 <input type="checkbox"/> 胃もたれ <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢	
<input type="checkbox"/> 熱 <input type="checkbox"/> 動悸・息切れ <input type="checkbox"/> 心臓が気になる <input type="checkbox"/> 血圧が気になる <input type="checkbox"/> 食欲低下	
<input type="checkbox"/> 尿に血が混ざる <input type="checkbox"/> 尿が近い <input type="checkbox"/> 排尿時に痛みがある <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> めまい	
<input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 健康診断結果、再検査 (<input type="checkbox"/> 健康診断結果持参)	
<input type="checkbox"/> その他 ()	

※お薬や食べ物のアレルギーや現在服用中のお薬がある場合は
必ず医師にお伝えください。