

問 診 表

No. _____

平成 年 月 日

受診者氏名	フリガナ	性別	男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 生	年齢	歳
現住所	〒 電話 ()		

1. 今日はどうなさいましたか？

(1) いつ頃からですか？

(2) どのような症状がありますか？

2. 今までにかかった大きな病気（入院・手術など）教えてください。

無 ・ 有 _____

3. 現在別の病院にかかっていますか？

病院 科

内服薬 ()

4. 今までに薬を飲んだり、注射をした後あるいは食物アレルギーを起こしたりした事がありますか？

無 ・ 有 _____

5. 女性の方へ

1) 妊娠中ですか？ いいえ ・ 分からない ・ はい _____ 週

2) 授乳中ですか？ いいえ ・ 分からない ・ はい _____ ヶ月児

6. 輸血を受けた事がありますか？ いいえ ・ はい

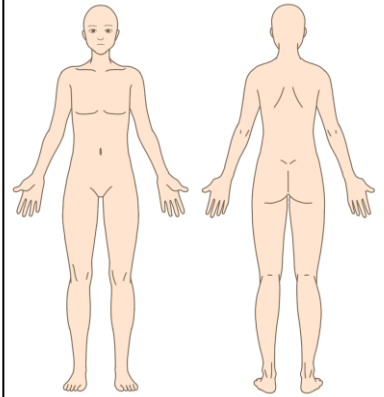
7. 診察に対しての希望はございますか？

じっくり説明してほしい ・ できるだけ簡潔に要点だけ説明してほしい

原因追及のための検査は積極的にしたい ・ 高額でも治療効果が高い治療は試したい

その他の希望(例：できるだけ内服はしたくない、眠くなりやすい薬は控えたいなど)

該当箇所に○をつけて
ください



新型コロナウイルス感染症に関する問診

状況に応じて当院での診察が受けられない場合がございます。あらかじめご了承ください。

1. 発熱 37.5 度以上の発熱、咳、鼻水、倦怠感などの症状はありますか？
無 ・ 有 ()

 2. 新型コロナウイルス感染症の既往歴はありますか？
無 ・ 有 (年 月 日発症)

 3. 新型コロナウイルス感染者との濃厚接触はありますか？
無 ・ 有 (年 月 日に接触)

 4. 海外渡航歴はありますか？
無 ・ 有 (年 月 日に渡航 年 月 日に帰国)

 5. 新型コロナウイルスワクチンの接種歴はありますか？
無 ・ 有 (1 回接種済 接種日 月 日 2 回接種済 接種日 月 日)
- ・ 当院をどのようにして知りましたか？
通りかかり ・ web 検索 ・ Instagram
知人の紹介(紹介者のお名前:)
その他()
- ・ その他当院に対するご要望、ご意見などございましたらご記載ください

ご記入ありがとうございました。

この問診票は受付スタッフにお渡しく下さい。