

もんしんひょう <問診票> きにゆう うけつけ 記入して受付におだください

医) 一明会 細見医院

フリガナ		生年月日: 年 月 日生
氏名		性別 (男・女) 年齢 さい才
住所	〒	TEL1 ()
		TEL2 ()
緊急時の連絡先(ご家族など) 氏名() TEL ()		

はつねつ ◆発熱はありますか?

□いいえ □はい がつ にち じころ はつねつ さいこう 月 日 時頃より発熱 最高()℃

◆あてはまる症状に☑をつけてください

□せき

□たん

□鼻水

□鼻づまり

□身体のだるさ

□寒気

□頭痛

□関節の痛み

□のどの痛み

□その他症状 ()

□胃痛

□腹痛

□吐き気

□下痢

□軟便

□味やにおいがわからない

□めまい

□発疹

□排尿痛

◆2週間以内に海外へ行かれていましたか? (はい ・ いいえ)

●現在、何か加療中の病気、もしくは内服中のお薬はありますか? (はい・いいえ)

通院中の病院名、薬の種類、薬剤名などわかる範囲で記入ください(例: 高血圧の薬)

※お薬手帳などあれば先にお見せください

●食べ物や薬などで湿疹などのアレルギー症状がでたことがありますか? (はい・いいえ)

なにででしたか?

●女性の方に…現在、妊娠していますか? (はい・いいえ) / 授乳中ですか? (はい・いいえ)

スタッフ記入欄	ID	受診日
KT()℃		□インフルエンザ: (A+)(B+)(-)
BW()kg		□溶連菌: (+)(-)