

診療申し込み書 兼 問診票

年 月 日

カナ		性別	生年月日	(歳	ヶ月)
氏名		男・女	西暦 大昭平令	年	月	日
住所	〒					
電話番号	ー	ー	携帯電話	ー	ー	ー
緊急時連絡先		※未成年の方は必ず保護者氏名、連絡先をご記入ください				
氏名	続柄 ()	電話	ー	ー	ー	ー

あてはまるものに○をつけてください

- ☆ 副作用のある薬はありますか？ はい いいえ
- 薬品名・症状 ()
- ☆ 現在、アレルギーはございますか？ はい いいえ
- 疾患名 (例：咳喘息 →)
- ☆ 現在、治療中の疾患はありますか？ はい いいえ
- 疾患名 ()
- ・ 現在、他の病院の薬や市販薬を飲んでいますか？ はい いいえ
- 薬品名 ()

★ 現在、妊娠していますか？ はい → (妊娠 週または ヶ月) いいえ

★ 妊娠の可能性はありますか？ はい いいえ

★ 現在授乳中ですか？ はい いいえ

抗原検査希望 (コロナ抗原 / インフルエンザ抗原)

※ 検査代はコロナ・インフル両方検査した場合、3割負担で1,500円程度です。

すでに検査を施行した (コロナ・インフルエンザ) (検査日 /) → 結果 (陽性・陰性)

本日は (お一人で来院 / 付き添いあり 続柄)

今回の症状はいつからですか	から	本日の体温	体重 (必須)
		℃	Kg

※ 本日、診察目的の症状にチェックを入れてください。

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 発熱 → 最高体温 | ℃ (月 日) | |
| <input type="checkbox"/> 咳 | <input type="checkbox"/> 眼の痒み | <input type="checkbox"/> 残尿感 |
| <input type="checkbox"/> 痰 (色) | <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> 排尿時痛 |
| <input type="checkbox"/> のどの痛み | <input type="checkbox"/> 腹痛 | |
| <input type="checkbox"/> 関節痛 | <input type="checkbox"/> 下痢 | 皮膚症状 |
| <input type="checkbox"/> 倦怠感 | <input type="checkbox"/> 嘔吐 | () |
| <input type="checkbox"/> 悪寒 | <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> 発疹 |
| <input type="checkbox"/> 鼻汁 | <input type="checkbox"/> 腰痛 | <input type="checkbox"/> かゆみ |
| <input type="checkbox"/> 鼻閉 | <input type="checkbox"/> 胸痛 | 部位 : _____ |
| <input type="checkbox"/> くしゃみ | <input type="checkbox"/> 胃痛 | |
| <input type="checkbox"/> その他症状 () | |) |