

【問 診 表】

受診日 平成 年 月 日

ふりがな		生年月日	男 ・ 女
お名前		明・大・昭・平 年 月 日生	才

ご住所 〒 \_\_\_\_\_ 松本・安曇野・ \_\_\_\_\_ 市

電話番号 \_\_\_\_\_

現在の体温 \_\_\_\_\_ °C  
小児のみ \_\_\_\_\_ 体重 \_\_\_\_\_ k.g.

① いつ頃からどのような症状ですか。

いつ →

症状 →

❁ 発熱の方で家族・学校（職場）で同じ症状の方もしくは病名を診断された方はいますか？

いいえ・はい（インフルエンザ、ノロウィルス、溶連菌など）

② 最近、海外から帰国をしましたか？

いいえ・はい（ 年 月 日頃 国名 ）

③ 現在、他に通院をされておりますか。

病名： \_\_\_\_\_ 医院名（ \_\_\_\_\_ ） 薬（ \_\_\_\_\_ ）

④ 今までにかかった病気やケガはございますか。（何才頃、入院、手術等）

⑤ 血のつながった家族の方に心臓病、糖尿病、脳卒中、ガンの方はいらっしゃいますか。

⑥ 現在までに薬や食品等でアレルギーや具合が悪くなったことがございますか。

なし

あり（食品名・薬、どんな症状でしたか）

⑦ 女性の方にお尋ねします。

・妊娠の可能性はありますか。（ある・ない） 最終月経（ 年 月 ）（わからない）

・授乳中ですか？ （はい、いいえ）

レントゲン撮影・処方がありますので必ずお書きください

⑧ その他 何か心配なこと・聞きたいことなどお書き下さい。

⑨ かかりつけ薬局（ \_\_\_\_\_ ）

⑩ ジェネリック薬品を希望ですか？ （ はい ・ いいえ）

※具合が悪い方は、受付に声を掛けて下さい

宮下内科循環器クリニック