問診票

年 月 日

ふりがな		生年月日	S・H・R	年	月	日
お名前	(歳) (男 ・ 女)					
ご住所	〒					
電話番号		携帯番号				
緊急連絡先	☎	(お名前・続柄)				
(未成年の方)保護者氏名			電話番号			
住所						

マイナ保険証を利用する方は☑を入れてください	☐ マイナ保険証による診療情報取得に同意します
他の医療機関からの紹介状	無 ・ 有

本日はどうされましたか？ 当てはまるものすべてに☑をしてください	
☐ 熱(3日以内に 37.0 以上)	☐ 咳
☐ 下痢・腹痛	☐ 嘔気・嘔吐
☐ 鼻水	☐ のどの痛み
☐ 前回の続き	
☐ その他()	
現在治療中の病気	無 ・ 有 ()
内服中の薬	無 ・ 有 ()
アレルギー	無 ・ 有 ()