

**問診票(当院に保険診療で最終受診日が1年未満の方記入をお願いします。)**

カルテNo		アレルギー	無・有( )	↑ 女性 ↓
お名前		婦人科疾患	無・有( )	
		妊娠	無・有( ) 可能性あり	
		授乳中	無・有	
周囲に濃厚接触者等			無・有	

◎ 定期受診

検査結果 ・ 再来指示 ・ 前回症状の続き ・ 採血指示

◎ いつからどの様な症状ですか？

・本日 ・( )日前 ・( )週間前 ・( )ヶ月前 から

- ・咳 ・喉の痛み ・痰 ・鼻水 ・頭痛 ・発熱 °C⇒解熱剤の服用の有・無  
 ・胸痛 ・寒気 ・嘔気 ・嘔吐 ・胃痛 ・腹痛 ・下痢 ・便秘 ・発疹 ・蕁麻疹  
 ・頻尿 ・排尿痛 ・血尿 ・花粉症 ・その他( )

◎他の病院に通院していますか？

無 ・ 有 → (病名: )

処方されているお薬 (薬剤名: )