

初診 問診票

受診日 平成 年 月 日

フリガナ			
氏名			性別 男・女
生年月日	大正・昭和・平成	年 月	日生まれ 歳
ご住所	〒 -		
電話番号	自宅電話番号		
	携帯電話		

1. 当院へは何を見て来院されましたか。○を付けて下さい。(複数回答可)

通りがかり・ホームページ・検索サイト・チラシ・看板・Facebook・その他()

2. 当院を選ばれた理由は

自宅が近い・勤務先が近い・かかりたい診療科がある・家族知人の紹介
その他()

3. もし自宅や職場で来院しないで診察を受けることができるとしたら受けてみたいですか？

・是非受けてみたい ・受けてみたい ・あまり受けたくない ・受けたくない

4. スマートフォンのテレビ通話、画面越しで診察することに抵抗はありますか？

・全然抵抗がない ・抵抗がない ・少し抵抗がある ・抵抗がある

4. 本日もどのようなことで来院されましたか？

- 体調不良 他院からの紹介 健康診断
 2次健診 予防接種 その他

※体調不良の方、いつごろからどのような症状ですか？

[頃から]

現在の体温 _____ °C

<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> だるい(倦怠感) <input type="checkbox"/> けが(どこ)	<input type="checkbox"/> 咳・たん <input type="checkbox"/> 胸の痛み・不快感 <input type="checkbox"/> 息切れ・苦しい <input type="checkbox"/> ドキドキする(動悸) <input type="checkbox"/> むくみ	<input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 食欲がない
<input type="checkbox"/> その他 []		

5. 感染症・伝染病の可能性はありますか？ はい・ わからない ・ いいえ

1) 身近で流行している病気はありますか？ はい(病名)・いいえ

2) 1か月以内に海外旅行へ行きましたか？ はい(場所)・いいえ
※「はい」の方は、いつ行かれたかもお答えください。 月 日から 月 日まで

6. 今までに大きな病気になったことがありますか？ はい ・ いいえ

高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 肝臓病 リウマチ・膠原病 喘息
 その他[]

※現在、治療中の病気がある方は、お薬手帳をご用意ください。

7. アレルギーはありますか？ はい ・ いいえ

※「はい」の方はその内容をご記入ください。[]

8. 女性の方のみお答えください。

現在、妊娠中ですか？ いいえ ・ はい ・ 可能性あり

現在、授乳中ですか？ いいえ ・ はい