

ふりがな 名 前		男 ・ 女	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日		
住 所	〒	TEL (自宅)		TEL (携帯)	
帰省されている場合、実家の住所・TEL			来院時の体温 ℃	同伴者の体温 ℃	体重 kg

1. 受診するきっかけになった症状について教えてください

いつ頃から ()
 どのような症状が 発熱 (最高 ℃) のどが痛い 咳 痰 鼻水 (透明・黄緑) くしゃみ
 ゼイゼイ (吸気時・呼気時) 呼吸困難 (夜眠れた・あまり眠れなかった) 喘息 腹痛 下痢
 便に血が混じる 便秘 吐き気 嘔吐 発疹 湿疹 かゆみ アトピー 目が赤い 目やに
 頭痛 胸が痛い 関節が痛い その他 ()
 今服薬中の薬はありますか ()

2. 今までに診断されたことのある病気 (小児期も含め) について教えてください

湿疹 アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 気管支喘息 喘息性気管支炎 花粉症 蕁麻疹
 高血圧 糖尿病 緑内障 前立腺肥大 胃十二指腸潰瘍 脳梗塞 肝臓病 リウマチ
 その他大きな病気・手術・入院歴など ()

3. アレルギーについて教えてください

食べ物・薬品のアレルギー (副作用) はありますか → ない・ある (品名) ()

4. タバコは吸いますか → いいえ・はい (1日 本)

5. お酒は飲みますか → いいえ・はい (1日何をどのくらい) ()

6. 女性の方にかかっています 妊娠している可能性はありますか → いいえ・はい 授乳中ですか → いいえ・はい

7. ご家族について教えてください

アレルギー体質の方はいますか → いない・いる ()
 大きな病気をしたり持病のある方はいますか → いない・いる ()
 タバコを吸う方はいますか → いない・いる ()
 ペットを飼っていますか → いない・いる ()

8. そのほか受診に際して伝えておきたいこと

症状によりお車でのご来診をお願いしています。

こちらから問診・会計にお伺いしますので、連絡先のご記入ください。

携帯電話 _____

車種・ナンバー _____

- 2週間以内のご家族の方の発熱 (あり・なし)
- ご家族の方を含め、2週間以内の東京、大阪、名古屋など大都市圏への外出、または海外渡航歴 (あり・なし)

記入された方 → 本人・母・父・ ()

記入日 → 令和 年 月 日