

問 診 票

☐ 保険証受取りました。

フリガナ

氏名

性別： ☐ 男 ☐ 女

住所

生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 () 歳

携帯電話番号 () - () - ()

体重 kg 体温 ℃

① 過去に名東区休日急病診療所を受診された事がありますか？

☐ ない ☐ ある

② 今日はどのような症状で来られましたか？ ※ 症状のあるものに ☒

- | | | |
|----------------------------------|----------|-----------------------------|
| ☐ 咳・鼻水 | () 日前から | ☐ なし |
| ☐ 発熱 | () 日前から | ☐ なし |
| ☐ 全身倦怠感 | () 日前から | ☐ なし |
| ☐ 呼吸苦 | () 日前から | ☐ なし |
| ☐ 味覚・嗅覚異常 | () 日前から | ☐ なし |
| ☐ その他の症状 | () | |

③ お薬や食べ物のアレルギーはありますか？

☐ ない ☐ ある (食品・薬)

④ 今までにかかった病気はありますか？ ☐ ない ☐ ある

- ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ 高脂血症 ☐ 脳血管疾患 ☐ 抗がん剤の使用 ☐ 認知症
☐ 心不全 ☐ 呼吸器疾患(COPD等) ☐ 免疫抑制剤の使用 ☐ 透析治療中
☐ その他 ()

⑤ 今、治療中の病気はありますか？ ☐ ない ☐ ある

⑥ 今、治飲んでいる薬はありますか？ ☐ ない ☐ ある ()

- ・喫煙歴 ☐ ない ☐ ある
・妊娠していますか？ ☐ いいえ ☐ はい (妊娠 カ月)
・授乳中ですか？ ☐ いいえ ☐ はい

マイナ保険証使用の方のみ：マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか。 ☐ はい ☐ いいえ