

問診票 下野内科

記入日 年 月 日

氏名			生 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日
ふりがな	男 女		身長()cm 体重()kg	
住所	〒	岐阜県	電話番号 自宅 携帯	

お薬手帳をお持ちの方は受付にご提出ください あり/なし 忘れた

1	現在の症状は？(具体的に)		いつから？	
2	自宅での体温	あり()℃ / なし		
	検査希望 (○をつけて)	なし コロナのみ希望 インフルエンザのみ希望 両方		
	検査希望の方は 診察午前 11 時以降 午後6時以降となります			
3	現在、医師の治療をうけたり、薬を服用されていますか？	はい 病名	薬品名	いいえ
4	今までかかった病気、いまかかっている病気はありますか？			
	高血圧、糖尿病、高脂血症 心臓病 がん その他()			
5	手術をうけたことがありますか？	はい いつ	病名	いいえ
6	薬、注射、食品でアレルギーがありますか？	はい 薬や食品の名前	いいえ	

該当者のみ

10	現在妊娠しています	()か月	いいえ
12	現在の授乳	はい/いいえ	