

# みなと医院 問診票

|      |         |      |                             |
|------|---------|------|-----------------------------|
| フリガナ | (姓) (名) | 生年月日 | 大正 昭和 平成 令和                 |
| お名前  | 男 ・ 女   |      | 年 月 日                       |
| ご住所  | 〒 -     | 電話番号 | 【ご自宅】<br>- -<br>【携帯】<br>- - |

体重 \_\_\_\_\_ kg ※小学生以下のお子様は体重をご記入ください

① 本日はどうされましたか？

( \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ )

昨日の熱； \_\_\_\_\_ 度 ⇔ 本日の熱； \_\_\_\_\_ 度

風邪の場合には、該当する項目に○を付けてください。

セキ      鼻水      鼻づまり      ノドの痛み      頭痛      関節痛  
吐き気 嘔吐(    回)      腹痛      下痢      寒気      倦怠感(だるさ)

② それは、いつ頃からですか？

今日から ・ 昨日から ・ 2～3日前から ・ 1週間前から ・ 2～3週間前から ・ かなり前から

③ お薬のアレルギーはありますか？

なし ・ ある(薬名； \_\_\_\_\_ )

④ 服用中のお薬がありましたら、診察時にお薬手帳を医師へお見せください。

⑤ 【女性の方のみ】現在、妊娠中ですか？

いいえ ・ はい (出産予定日      月      日) ・ 妊娠の可能性あり

⑥ 当院にご来院いただいたきっかけを教えてください。

インターネット ・ 雑誌や新聞の広告 ・ 電柱の看板 ・ 近所

他の医療機関からの紹介 ・ ご家族や知人の紹介 ・ その他( \_\_\_\_\_ )