



問診票

ふりがな

名前

生年月日 ( 歳 ) 男・女

住所：〒

携帯番号(来院された方の)： ( 本人・父・母 )



体温 □

体温 \_\_\_\_\_℃

現在の体重(薬の量の関係)

\_\_\_\_\_ k g

支払い方法

現金

PayPay

シロップ  粉薬  錠剤 (希望のものにチェックして下さい。)

①、どのような事で受診されますか？ ( 具体的に記入して下さい。 )

(例 3日前～熱、咳、鼻水、下痢、2日前から咳込み、昨日解熱した。等)

②、周囲で流行している感染症はありますか？又は1週間以内に同居の方で体調不良者はいますか？

はい・いいえ

どこで、病名 どなたが、症状

③、1週間内にコロナやインフルエンザ検査しましたか？

はい・いいえ

いつ頃？ 結果はどうでしたか？

④、他院で薬貰っていますか？(例 ムコダイン、アスピリン 残2日分 等 詳しく記入して下さい。)

⑤、今までにかかったことのある病気はありますか？

それはいつ頃ですか？(例 R4.12月コロナ、突発性発疹、高血圧、糖尿病、等)

⑥、医師へ相談したいこと

⑦、薬のアレルギーありますか？

⑧、女性の方へ

妊娠中

授乳中

車種(色)：

ナンバー：

記入が済みましたら当院までお待ち下さい。

当院は長野県から指定されたコロナ感染症に関する「診療・検査医療機関」です。

厚生労働省より、必要な感染予防対策を講じたうえで、発熱や風邪症状がある患者様が当院を受診された際は、通常の診察料の他に【院内トリージ実施料】(3割負担で900円相当) 算定させていただいております。

当院は正確な診療情報を取得・活用する為、個人情報の利用にご協力お願いいたします。

個人情報の利用に同意する

マイナ  保  医福