

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	【携帯】 - -

体重 _____ kg ※小学生以下のお子様は体重をご記入ください

～ 以下の質問を確認し、チェック をお願いします ～

- 37.5℃以上の発熱はありませんか？
- コロナ・インフルエンザ感染の疑いはありませんか？
- コロナ・インフルエンザの検査はできませんがよろしいですか？

※コロナ・インフルエンザは、発熱診察(完全予約制)のみ検査可能です

昨日の熱； _____ 度 ⇔ 本日の熱； _____ 度

① 本日はどうされましたか？

(_____)

(_____)

(_____)

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 【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

④ お薬のアレルギーはありますか？

なし ・ ある (薬名； _____)

⑤ 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。