

問診票

年 月 日

池上幸仁診療所

ふりがな

氏名

生年月日 昭・平・令 年 月 日 () 歳

〒
住所

自宅電話

携帯電話

その他の連絡先

続柄

喫煙 いいえ ・ はい (1日 本を 年間)

飲酒 いいえ ・ はい (毎日 ・ 時々 ・ 機会があれば)

体重 (小児のみご記入ください) Kg

自覚症状 いつからですか? ()

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> 倦怠感 | <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 咳 | <input type="checkbox"/> のどの痛み | <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 吐き気 |
| <input type="checkbox"/> くしゃみ | <input type="checkbox"/> 鼻水 | <input type="checkbox"/> 鼻づまり |
| <input type="checkbox"/> 腹痛 | <input type="checkbox"/> 胃痛 | <input type="checkbox"/> 下痢 |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | |

今までかかった病気はありますか?

いいえ ・ はい ()

現在治療中の病気はありますか?

いいえ ・ はい ()

現在服用中のお薬はありますか?

いいえ ・ はい ()

薬や食べ物のアレルギーはありますか?

いいえ ・ はい ()

女性の方のみご記入ください

妊娠していますか?

いいえ ・ わからない ・ はい () 週目

授乳中ですか?

いいえ ・ はい