

# 問 診 票

No. \_\_\_\_\_

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	大正	昭和	平成	令和	
氏名				年	月	日	才	
住所								
	電話番号							
<p>1 本日来院された理由を簡単に記入してください。</p> <p>・発熱 ・頭痛 ・腹痛 ・下痢 ・おう吐 ・咳 ・鼻水 <span style="float: right;">(体温) _____ 度 分</span></p> <p>・その他 [ _____ ] <span style="float: right;">(体重) _____ kg</span></p> <p>今回の症状はいつ頃からですか。 _____ 月 _____ 日から</p>								
<p>2 現在、何か病気にかかっていますか。 <span style="float: right;">・はい ・いいえ</span></p> <p>病名 ( _____ )</p> <p>その病気で、何か投薬を受けていますか。</p> <p>薬の名前、種類 ( _____ )</p>								
<p>3 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんがでた。または、具合が悪くなったことがありますか。 <span style="float: right;">・ある ・ない ・わからない</span></p> <p>薬・食品名 ( _____ )</p>								
<p>4 今現在、薬を服用していますか。 <span style="float: right;">・している ・していない</span></p> <p>薬の名前 ( _____ )</p>								
<p><b>5 女性の方のみ記入してください。</b></p> <p>今現在、妊娠および妊娠している可能性がありますか。</p> <p>・している ・していない ・可能性がある</p>								
<p>6 その他、気がついた点があれば記入してください。</p>								

※この問診票は、休日急病診療所の診療以外に使用されることはありません。

東部・西部休日急病診療所