

問診票(分かる範囲内でご記入下さい)

当院の診察券番号:

(ふりがな)

お名前

生年月日 (明・大・昭・平・令) 年 月 日 (年齢 才)

(〒 -)

住所:

電話番号 () —

携帯番号 () —

☆ どのような症状ですか？(来院の目的は？)

☆ それはいつからですか？

☆ 現在治療中の病気はありますか？

あり()・なし

☆ 渡航歴 あり()・なし

県外への移動 あり()・なし

新型コロナウイルス患者との接触 あり ・ なし

☆ 薬のアレルギーはありますか？

あり()・なし

☆ 女性の方へ： 妊娠していますか？ はい いいえ

最後の生理はいつからですか？

現在、授乳中ですか？ はい(ヶ月) いいえ