

※体温 _____ °C

問診表

カルテ番号：

令和 年 月 日

フリガナ		男 女	生年 月日	昭・平・令		
氏名				年	月	日(歳)
住所	〒					
電話	(携帯)		(自宅)			

●いつから、どのような症状がありますか？該当する症状に○を付けてください。

いつから						
症状	胃腸	胃痛・胃もたれ・胸やけ・腹痛・嘔気・嘔吐・下痢・便秘・血便 胃酸があがる・よくゲップが出る・胃カメラの相談・大腸カメラの相談				
	内科 アレルギー	発熱(最高 _____ °C)・咳・痰・くしゃみ・鼻水・鼻づまり・のどの痛み 頭痛・寒気・だるさ・めまい・しびれ・アレルギー(花粉)症状				
	皮膚	痛い・かゆい・湿疹・カサカサ・腫れ・にきび・水虫・いぼ・じんましん 【部位】頭・顔・首・体幹・手足・爪・陰部・				
	その他	健診結果の相談・伊勢崎市の検診を受けたい・にんにく注射・プラセンタ注射				
	(上記以外の場合、お書きください)					

●現在服用中の薬はありますか？

なし・あり ()

※お薬手帳のある方は、問診票と一緒に出示してください。上記記載は省略可能です。

●現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？

高血圧・糖尿病・脂質代謝異常・心疾患・不整脈・がん()

前立腺肥大・緑内障・アトピー性皮膚炎・喘息

その他 ()

●薬やアルコール消毒、食べ物、花粉などのアレルギーはありますか？

なし・あり ()

●お酒は飲みますか？

飲まない・飲む(毎日・時々・週 回)

●タバコは吸いますか？

吸わない・吸う(1日 本)・やめた

●苦手な内服薬の形状はありますか？

特になし・錠剤・こな・シロップ(小児のみ)

※女性の方のみ：妊娠中または授乳中ですか？

いいえ・妊娠(月)・可能性がある・授乳中

新型コロナウイルス感染症対策のため、以下の問診票の記入にもご協力ください。

●2週間以内に新型コロナウイルスにかかった患者や、その疑いがある方と濃厚接触しましたか？

いいえ・はい

●2週間以内に東京近郊など流行地域や、人が密集した場所に行きましたか？

いいえ・はい

●食べ物の味やにおいを感じにくいですか？

いいえ・はい

●強いだるさや息苦しさがありますか？

いいえ・はい

ご協力ありがとうございました。