問 診 票

記入日：　　年　　月　　日

ふりがな		性別	生年月日
氏　名		男 女	大・昭・平・令 年　月　日
住　所	〒　　－		
電話番号	携帯　　－　　－	受付時の体温	体重（※小児必須）
	自宅　　－　　－	℃	kg

◆ 今日はどうされましたか？

□ 発熱 ＿＿＿＿＿＿℃　□ 頭痛　□ 喉の痛み　□ 咳　□ 痰

□ 倦怠感　□ 腹痛・下痢　□ 鼻水・花粉・アレルギー

□ その他【　　】

◆ 風邪症状の方のみご記入ください

① 検査の希望はありますか？

□ ない

□ ある ⇒【 インフルエンザ ・ コロナ ・ 溶連菌 ・ マイコプラズマ 】 ※希望する検査に〇

□ 医師と相談してから

② 希望する薬はありますか？

□ 解熱剤　□ 痛み止め　□ 喉の薬　□ 咳止め　□ 痰きり　□ 鼻水・鼻づまり

□ その他【　　】

◆ 薬や食品でアレルギーはありますか？

□ ない

□ ある【　　】

◆ 女性の方へ ⇒ 現在、妊娠中または授乳中ですか？

□ はい　□ いいえ

当院では、マイナ保険証の利用や問診票などを通じて
患者さまの正確な診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
マイナ保険証の積極的な利用にご協力お願いいたします。

入間駅前クリニック