予 診 票

年 月 日記入

住所・連絡先変更なし

ふりがな		性別	男 ・ 女	
氏名		生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 (才)	
住所	〒 -			
自宅	() -	携帯	- -	
付添	氏名	続柄 ()	連絡先	- -

1. 本日、どのような症状で受診されましたか？（該当するものにチェックしてください）

年 月 日 頃から

☐ 発熱 (°C) 37.5°C以上	} ☐ 症状が4日以上続いている。
☐ 風邪症状 (咳 ・ 痰 ・ 鼻水 ・ 咽頭痛 ・ 悪寒)	
☐ 身体がだるい (倦怠感)	
☐ 息苦しさ (呼吸困難)	
☐ めまい	
☐ 吐き気・嘔吐 (回)	☐ 動悸
☐ 下痢 (回)	☐ 身体の痛み (胸痛 ・ 腹痛 ・ 背部痛 ・ 関節痛)
☐ 頭痛	☐ 排尿痛・残尿感・血尿
☐ むくみ	☐ 皮膚症状 (かゆみ ・ 発疹)
☐ その他 (☐ かかりつけ医変更 ・ ☐ 物忘れ外来 ・ ☐ 健康診断後の再検査)	

2. 現在治療中の病気はありますか？ はい ・ いいえ

☐ 糖尿病	☐ 高血圧	☐ 脂質異常症・高コレステロール
☐ 心臓病	☐ 肝臓病	☐ 腎臓病
☐ その他 ()		

通院している病院名：

3. 現在、服用中のお薬はありますか？ はい ・ いいえ

⇒ 「はい」にチェックされた方は、お薬名を記入して下さい。※お薬手帳持参の場合不要

※お薬手帳や薬剤情報がある方は、窓口に提出して下さい。

4. 今まで病気やけがで入院・手術を受けたことがありますか？ はい ・ いいえ

(才頃) 病名

(才頃) 病名

5. お薬や食べ物等でアレルギー（発疹など）が出たことはありますか？

はい () ・ いいえ

6. 女性の方にお聞きします。現在妊娠・授乳はされていますか？ 妊娠中 ・ 授乳中

※ご記入ありがとうございました。