

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めております。
正確な情報を取得・活用するためマイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
※マイナ保険証提出をもって同証による診療情報取得に同意されたものと判断いたします。
同意されない方は右欄にチェックを入れてください。→マイナ保険証による診療情報取得に同意しない。

問 診 票

ふりがな
お名前 _____ 殿 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

現住所 〒 _____

電話番号 _____ 本日の体温： _____ °C

最近1週間以内に、

発熱はありましたか？ はい (最高 _____ °C) ・ いいえ

のど痛はありましたか？ はい ・ いいえ

コロナ感染症にかかったことはありますか？

な い あ る (_____ 年 _____ 月ころ)

1) どうされました？ (○をつけてください)

耳 (痛い・聞こえない・他) ・ 鼻 (ハナミズ・はなづまり・他) ・

のど (痛い・声が嘎れた・他) ・ 花粉症 ・ コロナ検査希望 ・ 他

<具体的には？>

2) いつからですか？ _____ 頃から

3) 現在治療中の病気・服用している薬はありますか？

いいえ ・ はい (具体的に _____)

4) あてはまるものにチェックをつけてください。

アレルギー (鼻炎 / 喘息 / 皮膚) 花粉症 薬剤アレルギー

妊 娠 授乳中 喫 煙