

No. \_\_\_\_\_

年 月 日

# 問 診 票

ふりがな

生年月日

氏 名

( 男 ・ 女 )

年

月

日 (

才)

住 所

市

町

電 話

② 最近海外・県外に行きましたか

はい ・ いいえ

( 頃、国名・県名: )

③ 仕事で海外・県外の人と接触はありますか

はい ・ いいえ

④ 今飲んでいるお薬がありますか(サプリメント・健康食品)

はい ・ いいえ

⑤ 現在妊娠中または授乳中ですか

はい ・ いいえ

⑥ 手術歴・持病

①現在の体温( ℃) いつから

頭痛	あり	なし	
発熱	あり	なし	
せき	あり	なし	
たん	あり	なし	
鼻汁	あり	なし	
のどの痛み	あり	なし	
腹痛	あり	なし	
下痢	あり	なし	
吐き気	あり	なし	
嘔吐	あり	なし	
倦怠感	あり	なし	
息苦しさ	あり	なし	
味覚の異常	あり	なし	
嗅覚の異常	あり	なし	

●車か外での診察なので検査はできません

●薬局と連絡を取ってもらう為の電話番号、問診の内容を伝えても良いか

●来院は( 徒歩 ・ 車 ) 車のナンバー( )

●来院したら電話かインターホンをお願いします

●マスクを着用し、保険証・お薬手帳を持参ください

●会計は1か月後になる場合があります

○ジェネリック医薬品の希望

○便秘しやすい ○胃が弱い

○下痢しやすい

○車・バイクの運転

○危険性な作業・高所作業

○飲酒 ○喫煙

○グレープフルーツジュース

○納豆

◎問診票コピー ◎薬局 TEL・FAX ◎車の移動(SOLIO)

なかしまつねゆき内科・循環器科

FAX : 0957-25-8882