

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