

受 診 さ れ る 方 へ

受診する方のお名前	(フリガナ) _____	連絡先住所	〒 _____
生年月日	年 月 日	電話番号	_____
性別	( 男 ・ 女 )		
体重	_____ kg	当院の受診は	① 今回初めて ② これまでに受診した事がある(平成 年 月頃)
アレルギー・薬の副作用	有・無	(内容)	
治療中の病気・続けている薬	有・無	(内容)	
* 質問のあてはまる項目に、○または ( )内へ記入してお答えください。			
1. 今日どのような症状ですか？(複数回答可) 発熱・咳・頭痛・鼻水・咽頭痛・腹痛・嘔吐・下痢・めまい その他 (内容 _____ )			
2. その症状はいつ頃からですか？ ( _____ ) から			
3. 熱はどうですか？ 朝( _____ °C) 昼( _____ °C) 現在( _____ °C)			
4. 食事・水分はとれますか？ ( はい ・ いいえ )			
5. 7日以内に、インフルエンザと診断された患者に、接触した事がありますか？ ( はい ・ いいえ )			
個人情報保護法に基づきご記入いただいた個人情報を適切に取り扱い致します。休日の院外処方については、薬を安全に使用して頂くため、市内協力薬局へこちらの問診票の写しをご提示ください。			

(キリトリ線)

受 診 さ れ る 方 へ

受診する方のお名前	(フリガナ) _____	連絡先住所	〒 _____
生年月日	年 月 日	電話番号	_____
性別	( 男 ・ 女 )		
体重	_____ kg	当院の受診は	① 今回初めて ② これまでに受診した事がある(平成 年 月頃)
アレルギー・薬の副作用	有・無	(内容)	
治療中の病気・続けている薬	有・無	(内容)	
* 質問のあてはまる項目に、○または ( )内へ記入してお答えください。			
1. 今日どのような症状ですか？(複数回答可) 発熱・咳・頭痛・鼻水・咽頭痛・腹痛・嘔吐・下痢・めまい その他 (内容 _____ )			
2. その症状はいつ頃からですか？ ( _____ ) から			
3. 熱はどうですか？ 朝( _____ °C) 昼( _____ °C) 現在( _____ °C)			
4. 食事・水分はとれますか？ ( はい ・ いいえ )			
5. 7日以内に、インフルエンザと診断された患者に、接触した事がありますか？ ( はい ・ いいえ )			
個人情報保護法に基づきご記入いただいた個人情報を適切に取り扱い致します。休日の院外処方については、薬を安全に使用して頂くため、市内協力薬局へこちらの問診票の写しをご提示ください。			