

車種( )色( )No.( )  
 付き添い(有・無)  
**診察申込書** (記入日 年 月 日)

フリガナ			
氏名			
生年月日	年	月	日 (才) 男・女
住所	〒		
電話番号			
緊急連絡先			
症状	1 かぜ症状    2 胃腸症状 3 どうき、息切れなどの心臓症状 4 ふらつき、頭痛、肩こりなどの神経症状 5 健康診断で異常所見あり・相談など 6 その他 ( )		
身長・体重	cm	kg	
その他 特別な事	あり	[ 常用薬 ] [ 授乳中 ] [ 妊娠中 ]	裏面へ記入 ヶ月児    なし ヶ月
最近の渡航歴 (1ヶ月以内)	あり	[ 場所 ] 帰国日	月 日    なし 滞在日数    日間
薬に関して	今までに服用した薬で調子が悪くなった事がある (はい/いいえ) 薬名・症状 ( )		

◇7日以内にインフルエンザ・コロナウィルスの検査をして陽性と診断されていますか？ (はい/いいえ)

また当院や他院で上記の再検査を勧められていますか？ (はい/いいえ)

◇インフルエンザやコロナウィルスの検査希望しますか？ (はい/いいえ)

◇今回の症状はいつからですか？ ( ) (例：5日前)

◇5日以内に37.5℃以上の発熱はありましたか？ (はい/いいえ)  
 いつ頃 ( ) / ( )℃ 本日の体温 ( )℃

◇インフルエンザ・コロナウィルスに感染した方と5日以内に濃厚に接触しましたか？ (はい/いいえ) (インフルエンザ/コロナ)

◇下記の中で症状があるものに (○) をご記入ください。

鼻水 ( )    鼻づまり ( )    咳 ( )

のどの痛み ( )    声のかすれ ( )

痰 ( )    特に黄色や緑色の痰が出る ( )

頭痛 ( )

腹痛 ( )    嘔気 ( )    嘔吐 ( )

便秘 ( )    下痢 ( )

◇上記の症状に対して他院で処方された薬はありますか？

(薬名： )

お薬手帳お持ちの方は診察時に見せてください。

**裏面も問診があります→**

◇今までにかかった病気や現在、定期的に内服している薬はありますか？（はい/いいえ）

お薬手帳お持ちの方は診察時に見せてください。

お持ちでない方はご記入下さい。

既往歴：

◇処方されている医療機関名

( )

記入欄が足りなければ下枠にご記入ください

※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。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お願いいたします。

※加算：マイカードあり・同意（2点）マイカードなし・同意なし（6点）  
マイカードあり・同意なし（6点）

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？  はい  いいえ

ご協力ありがとうございました。 東大友内科