

【問 診 票】

令和 年 月 日

氏名 _____ 様

(体温 . °C)

1. 今日はどのような症状ですか？

2. 症状はいつ頃からですか？

3. 現在、治療中の病気はありますか？

1. ない 2. ある (病名 _____)

治療経過のわかる書類等をお持ちの場合は、問診票と一緒にお願いします。

4. 現在、何かお薬を飲んでいますか？

1. 飲んでいない 2. 飲んでいる (_____)

お薬手帳などをお持ちの場合は、問診票と一緒にお願いします。

5. 今までに大きな病気はありますか？

1. ない 2. ある (病名 _____)

6. 今までお薬や食べ物でアレルギーはありますか？

1. ない 2. ある (_____)

7. 喫煙について

1. タバコは吸わない 2. タバコを吸う (1日 本 年間)

8. 飲酒について

1. 毎日 2. 時々 3. ほとんど飲まない (飲めない)

9. 現在、妊娠の可能性はありますか？

1. いいえ 2. はい

最終生理の始まった日 令和 年 月 日

保険証等のコピーを頂きますのでご承諾願います。
《個人情報保護について、漏洩のないように厳重に取り扱いに注意致します。》
日高町立日高国民健康保険診療所