

【問診票】

日付	時刻	担当
	:	

2023.4

フリガナ							当院通院歴	あり	・	新規		
氏名												
生年月日	T・S・H・R	年	月	日	歳	ヶ月	性別	男	・	女	体重	kg
住所	〒						電話					
メールアドレス	@											
今日は、 どうされましたか	内科	<input type="checkbox"/> 熱 (°C) <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 息苦しい										
	小児科	<input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 (軟便・水様便) <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 倦怠感										
	皮膚科	<input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 痒み <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> その他 ()										
	アレルギー科	<input type="checkbox"/> 目の痒み <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> くしゃみ <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> その他 ()										
	自由診療	<input type="checkbox"/> 脱毛 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> AGA <input type="checkbox"/> シミ <input type="checkbox"/> ニキビ <input type="checkbox"/> リフトアップ <input type="checkbox"/> レーザー										
	予防接種	<input type="checkbox"/> タウウイルス <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 4種混合 <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> DT <input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 <input type="checkbox"/> おたふく <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 任意ワクチン ()										
症状はいつからですか	<input type="checkbox"/> 本日 () 時から <input type="checkbox"/> () 日前から <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 常に											
症状に対して何か 対応されましたか	<input type="checkbox"/> 何もしていない <input type="checkbox"/> 薬服用 (内服名) <input type="checkbox"/> 他院に行った (医療機関名) <input type="checkbox"/> その他 ()											
同居家族にコロナまたは、発熱されている方はいますか？	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない											
風邪症状の方：抗原検査はしましたか？	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> してない											
自由診療の方：初回カウンセリング料3300円 (税込) 即施術の場合は、剃毛処理をお願いします												
予防接種の方：2週間以内に病気にかかられていませんか。 前回接種から期間はあいてますか。キャンセルは出来かねます (変更は可能)												
風邪症状の方：屋外での対応となりますことをご了承ください。 屋外でもマスク着用をお願いします。												
持ち物	マイナンバーもしくは、保険証・医療証											
備考	現在の熱：											