

かぜ症状で診察・投薬を希望の方へ

TEL 対面

フリガナ		性別	生年月日		
氏名		男・女	昭・平・令	年	月 日 生
住所	〒 -		年齢	満	才
体重	kg	平熱	℃		
携帯電話	() -	固定電話	() -		
車のナンバー		車の色			

○現在治療中の病気はありますか？

(なし・あり : 以下に○をつけてください)

高血圧 糖尿病 心臓病 高脂血症 腎臓病 喘息 甲状腺疾患 緑内障
前立腺肥大 その他 ()

○お薬や食べ物でじんましんなどのアレルギーが出たことはありますか？

(なし・あり : 具体的に)

○女性の方にお聞きします

現在妊娠中 (はい・いいえ) 現在授乳中 (はい・いいえ)

○同居人・学校・職場等で同様の症状の人がいましたか？

(なし・あり : コロナ インフルエンザ その他 :)

○今回のことで他の医療機関を受診しましたか？

(なし・あり :)

○かぜの詳しい症状をご記入ください

発熱	あり・なし	解熱剤の使用 :			
		あり	なし		
いつから	今日	昨日	日前	日前	週間前
朝	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C
昼	. °C	. °C			
夕	. °C	. °C			

下記症状であてはまるものを ○ つけてください (何個でも)

(頭痛 ・ 関節痛 ・ 喉の痛み ・ 咳 ・ 痰 ・ 鼻水 ・ くしゃみ ・ 鼻づまり)

(腹痛 ・ 下痢 ・ 吐き気 ・ 嘔吐)

→症状ある方は いつからですか？ (本日 ・ 昨日 ・ 日前 ・ 週間前)

○ウイルスの検査を希望しますか

- ・新型コロナウイルスの検査を (希望する ・ 希望しない ・ 相談したい)
- ・インフルエンザウイルスの検査を (希望する ・ 希望しない ・ 相談したい)

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をお願いいたします。

三輪内科

**問診表をご記入の上、
保険証・診察券をご用意
していただき、
インターフォンを押して
その場でお待ちください。**

三輪内科