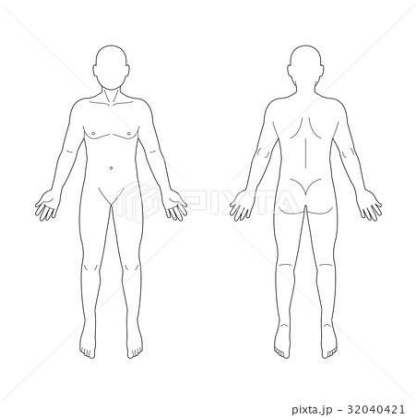
健保・自賠責・労災・自費・生保

問診票

記入日

フリガナ		生年月日・性別	□ 大正 □ 昭和　年　月　日 □ 平成　（　歳） □ 令和	□ 男性 □ 女性 14歳以下 （　）kg
お名前				
ご住所	〒	自宅・携帯電話		
		勤務先電話		
勤務先・学校		職業		

症状はいつからですか？	□ 今日から　□ 昨日から　□（　）月（　）日から	
※ 症状のあるところに○を付けて下さい。  pixta.jp - 32040421	**□ 熱　□ 咳　□ 痰(　)色　□ 鼻水(　)色　□ 喉の痛み　□ 関節痛** **□ 寒気　□ めまい　□ 吐き気・嘔吐　□ 頭痛** **□ 腰痛　□ 胃痛　□ 腹痛　□ 便秘　□ 下痢** **□ 湿疹　□ 胸痛　□ 胸が苦しい　□ 圧迫感　□ 動悸　□ 息苦しい**	
	肛門の症状	□ 痔　□ 出血　□ かゆみ
	ケガをした	どこで？どのように？怪我をされましたか？ 【　】 □ 仕事中のケガ　□ 交通事故　□ 学校でのケガ
	※上記に当てはまらない場合はこちらへご記入ください。	
＜ 交通事故の状況 ＞ **事故日　月　日　時　分** **状況　□ 車×車　□ 車×人** **診断書　□ 不要　□ 必要**	**ご希望の検査**	□ ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ検査　□ コロナ検査　□ 検査希望なし □ レントゲン・CT　□ 採血　□ 検尿不可 □ 検診の再検査　（検診結果の持参 □ あり　□ なし）
現在治療中の病気、または過去に治療を受けた病気はありますか？	□ ない	
	□ ある	**※「ある」と答えた方** □ 花粉症　□ 糖尿病　□ 高血圧症　□ 高脂血症　□ 喘息 □ 脳疾患　□ 肝臓疾患　□ 腎臓疾患　□ 心臓疾患(不整脈) □ 緑内障　□ 甲状腺疾患　□ がん（部位　） □ その他【　】
飲んでいるお薬はありますか？	□ ない	**お薬手帳　□あり　□なし** **㊟ お持ちの方は必ず受付にご提示ください。**
	□ ある	**※「お薬手帳 なし」と答えた方** 薬品名【　】 病院名【　】
お薬や食品などでアレルギーが出たことはありますか？	□ ない	
	□ ある	**※「ある」と答えた方** 薬品名【　】 食品名【　】
手術をされたことはありますか？	□ ない	
	□ ある	**※「ある」と答えた方** いつ頃（　）病名（　） 病院名【　】
日頃の飲酒について	□ ない	（　）㎖　を　週に（　）日
日頃の喫煙について	□ ない	□　ある　一日に（　）本 を（　）年間　□　過去にあり
女性の方へ	生理中　→　□ いいえ　□ はい 妊娠　→　□ いいえ　□ 可能性あり　□ 妊娠（　）ヶ月　□ 授乳中	