

受診問診票

※当院では、個人情報保護法に基づき患者様の情報を適切に管理します。

受診日：R 年 月 日

フリガナ
氏名： _____

性別：男・女

生年月日：T・S・H・R 年 月 日

年齢： 歳

職業： _____

〒： _____

フリガナ
住所： _____

電話番号： _____ 携帯番号： _____

↓必ずご記入ください

★★本人様以外の緊急連絡先：氏名 ^{フリガナ}： _____ (続柄： _____)

→住所： _____ 電話番号： _____

受診理由： 紹介 紹介状あり 紹介状なし 体調不良 健診ですすめられて

身長：(_____ cm) 体重：(_____ kg) 現在の体温：(_____ °C)
脈拍数：(看護師メモ： _____ 回) 酸素飽和度：(看護師メモ： _____ %)

今までなったことのある病気： 無し 高血圧 糖尿病 心臓病 脳梗塞
： その他(_____)

アレルギー： 無し
： 有り (_____)

喫煙歴： 無し 有るが禁煙した (_____ 年前に)
： 有り (_____ 歳頃より 約 _____ 年間 _____ 本/日)

飲酒歴： 無し 有り (_____ ml/日・週 _____ 日)

★★新型コロナワクチン接種歴：有・無 (※接種されていない場合は、無に○を付けてください)

1回目 (_____ 歳、接種年月日：令和 / / _____ 、種類： _____)
2回目 (_____ 歳、接種年月日：令和 / / _____ 、種類： _____)
3回目 (_____ 歳、接種年月日：令和 / / _____ 、種類： _____)

本日の症状：いつから (_____)
どうされましたか (_____)

※女性の方へ：妊娠の可能性： 有り 無し

医療法人 公道会 公道会病院