

問診票(再診)

ご記入日 年 月 日

フリガナ		生年月日 性別	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
お名前				(歳 カ月)	
自宅電話		携帯電話			
身長	cm	体重	kg	体温	℃
				(いつ頃からですか?)	

該当する項目にチェックを付けてお答えください。

今日はどうされましたか？	風邪症状	<input type="checkbox"/> 熱がある <input type="checkbox"/> 咳が出る <input type="checkbox"/> 鼻水が出る <input type="checkbox"/> たんが出る <input type="checkbox"/> のどが痛い <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 寒気	いつから ()
	腹部症状	<input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 胃の調子が悪い <input type="checkbox"/> 食欲がない	いつから ()
	胸部症状	<input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 胸が苦しい <input type="checkbox"/> 圧迫感 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> ゼイゼイする	いつから ()
	その他症状	<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> だるい	いつから ()
	ケガをした	どこをケガしましたか ()	
	皮膚症状	<input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み	いつから ()
	健診・検査	<input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 甲状腺	
	その他	<input type="checkbox"/> 検診の再検診 <input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> 証明書	
※上記の症状に当てはまらない場合等はこちらにご記入ください。			
食事はされて来ましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
女性の方へ	<input type="checkbox"/> 妊娠中 () カ月 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中		