

受診日 令和 年 月 日

# 問診票



ふりがな \_\_\_\_\_ さま

氏名 \_\_\_\_\_ 様 性別 男 女

生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日

郵便番号 〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号（日中連絡可能な連絡先）

自宅 \_\_\_\_\_ ご本人様携帯 \_\_\_\_\_

ご家族様の電話番号 \_\_\_\_\_（氏名 \_\_\_\_\_）続柄（ \_\_\_\_\_ ）

○本日はどのような症状で来院されましたか？

( \_\_\_\_\_ )

○お薬手帳はお持ちですか？（有・無） 本日お持ちの方は受付へお出し下さい。

○介護保険はお持ちですか？（有・無）

→有の方の介護度（要介護 \_\_\_\_\_ 要支援 \_\_\_\_\_）

## 【体調における確認事項】

① 2週間以内に発熱や風邪症状がありますか？（はい・いいえ）

→はいに○をされた方お答えください。

いつ頃からですか（ \_\_\_\_\_ ）

当てはまる症状にチェックを入れて下さい

発熱  喉の痛み  咳  倦怠感  鼻水