

受診日 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