

問診票

R 年 月 日

フリガナ

お名前 _____ (性別 男・女)

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (年齢 _____ 才)

住所 〒 _____

_____ 市 _____ 区

電話番号 (_____ - _____) 来院時体温 _____ 度

1) 症状はいつ頃から？

[昨日 (_____ 時頃) ・ 今朝 ・ 数日前 (_____ 日前)]

2) どのような症状で受診されましたか？

[_____]

3) コロナ・インフル同時抗体検査 希望しますか？

[する ・ しない]

4) 既往歴は？

[なし あり (_____)]

5) お薬手帳お持ちですか？ [なし ・ あり]

6) お支払い方法は？ [現金 ・ キャッシュレス決済]

(クレジット・電子マネー・コード支払)

※下記は女性の方

7) 妊娠していらっしゃいますか。妊娠の疑いがありますか。

はい (妊娠 _____ 週) ・ いいえ

*正確な情報を取得・活用するため、マイナンバー保険証の診療情報取得にご協力をお願い致します。

[広島ハートクリニック安佐南](#)