

【問診票】

I D. _____

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	明 大 昭 平 年 月 日 (歳)
住所	〒 -	電話番号	自宅 - -
			携帯 - -

「診察前検査希望の方はチェックしてください」

- インフルエンザ 溶連菌 アデノ マイコプラズマ 肺炎球菌
RS (自費 3000 円) ノロウイルス (自費 3000 円)

①本日の該当の症状に☑をご記入ください。

- 喉が痛い 咳 痰 鼻汁 発熱 (体温: _____ °C) 悪寒 頭痛
胃痛 腹痛 吐気 嘔吐 下痢 胸が痛い 動悸 むくみ
めまい しびれ 倦怠感 関節痛 湿疹
その他 _____

- メディカルダイエット相談 ビタミン注射等相談 まつ毛育毛相談
AGA相談 ED相談
体重 _____ kg (小児やメディカルダイエット希望は記入お願いします。)
妊娠中 (妊娠 _____ カ月、出産予定日 _____)
授乳中
スマホでの遠隔診療に興味がある。

②上記の症状はいつ頃からですか？

[_____]