

令和 年 月 日

ふりがな	
名前	
住所	〒
連絡先	(ご自宅) (携帯) (Mail)
生年月日	大正/昭和/平成 年 月 日 ( 歳)
職歴	
身長・体重・体温	cm kg 体温 °C

\*今日はどうされましたか？（咳症状の方には咳の問診票もあります）

- かぜ症状（熱、咳、鼻水、痰、のどの痛み、関節痛、寒気）
- 腹部症状（腹痛、吐き気 下痢 便秘 胃の調子悪化 食欲がない）
- 胸部症状（息切れ 動悸 胸痛 血痰 呼吸が苦しい）
- 長引く咳
- その他（頭痛 めまい だるい いびきが気になる 健診で指摘があった  
健診希望 禁煙外来希望 予防接種希望（ ））

当てはまらない場合、お書きください

\*症状はいつからですか？

- 今日から （ ）日前から 時々 ずっと前から 現在ない  
その他（ ）

\*治療や検査などについてご希望ありましたらお書きください。避けてほしい検査や薬もあれば書いてください

（2枚目もあります）

