オンライン診療の問診票

ふりがな		年齢	才	性別	男性・女性	
氏名		生年月日	明・大・昭・平・令 年　月　日		身長	cm
住所	〒		電話番号		体重	kg

1.いつからどのような症状でお困りですか?

□昨日　□（　　）日前から　□（　　）週間前から　□（　　）か月前から　□その他

□頭痛　□咳　□鼻水　□のどの痛み　□熱（　　度）
□胸が痛い　□息苦しい　□脈が飛ぶ　□動悸　□めまい
□お腹が痛い　□胃が痛い　□下痢　□便秘　□吐き気・嘔吐
□健康相談結果の再検査・相談（　　）
□その他（　　）

2.この症状で治療や処置を受けていますか?

□いいえ　□はい（　　）

3.今までに下記の病気にかかったことはありますか?

□高血圧　□心臓病　□コレステロールの異常　□腎臓病　□肝臓病　□糖尿病
□喘息　□白内障　□緑内障　□前立腺肥大　□その他（　　）

4.現在、他の病院にかかっていますか?

□いいえ　□はい（　　）

5.今まで食べ物や薬などアレルギー症状（発疹、気分不良など）を起こしたことはありますか?

□いいえ　□はい（卵　牛乳　青魚　花粉　その他　　）

7.女性の方のみお答えください。

妊娠中ですか？□いいえ　□可能性あり　□はい

授乳中ですか？□いいえ　□はい

8. 希望の薬局

□ちとせ薬局
□別薬局（名前：　　支店:　　）
FAX：

9.お支払い方法

□窓口
□振り込み　（□西兵庫信用金庫　□みなと銀行　）

ご協力ありがとうございました。

かんだ内科クリニック　TEL:0791-76-6700 FAX:0791-76-6800