

受診日: 令和 年 月 日 AM・PM

代診又は予約外診察における問診票

■氏 名: _____

■生年月日: M・T・S・H ___年___月___日

下記にお答え下さい(該当する□にチェックを記入して下さい)。

1.受診理由

- 予約日に来院出来ない 予約日が過ぎてしまった
 入院の相談 書類の作成を希望
 処方希望
→どなたが来院しましたか?(ご本人 ・ ご家族)
 その他(_____)
 具合が悪く、次回予約診察まで待てない
→いつ頃から具合が悪いですか?
(_____)※2.の項目へお進み下さい

2.詳しい容体

- 行方する 落ち着かない 動悸がする
 気分が憂鬱(ゆううつ)になる・落ち込む
 不安 食欲がない 疲れやすい
 頭痛 風邪症状
 消化器症状(下痢・吐気・嘔吐など) 眩暈(めまい)
 その他 →下記へご記入下さい
(_____)

問診は以上です。記入が終わりましたら、再来受付までお持ちになり、受付担当者へお渡し下さい。

医療法人静和会 浅井病院 外来看護

処置室行	診察室行