

かかりつけ患者様用問診票

診察券番号

氏名

お手数ですが、出力して頂き、受診日に看護師にお渡ししてください

血圧（自宅/待合）	/	脈拍	回/分
体重（待合）		身長	cm
体脂肪	%	kg 筋肉量	kg SpO ₂ %
体調について（ ） <input type="checkbox"/> 変わりなし			
妊娠されている方へ	妊娠週数	週	産科検診異常(有・無)
診察する医師の希望 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（山岸/吉野/瀧口/星山/川村/清水/小坂/松浦/辻/女性/男性） ★医師カレンダーはホームページ・Facebook・Instagram・LINEにてご確認ください			
次回予約取得方法と都合の良い日程がありましたら教えてください <input type="checkbox"/> 受診当日に取得する(予約状況により、ご希望に添えないことがございます) 月 日 : 頃 <input type="checkbox"/> 診察で <input type="checkbox"/> 電話予約 <input type="checkbox"/> ネット予約(超音波検査の予約はとれません)			
お薬について <input type="checkbox"/> 飲み薬の残薬がある →薬局で調整となります 種類や錠数をご確認ください <input type="checkbox"/> 注射について必要な本数または残っている本数を教えてください 種類 本 (残 本) 種類 本 種類 本 (残 本) (残 本) 針の本数 (1袋14本、1箱70本入り)			
スタッフ記入欄	FH	PH	アルギ [®] - 喫煙
尿キャンセル	迅	:	戻 検査のみ
センサー	針	アル綿	CGM クイック・シレット(mm cm) リザ [®] -ハ [®] -
当日：栄 ICJ-(腹/頸/甲) ABI (用紙不・要： <input type="checkbox"/> 出力) 心 看			
次回：栄 ICJ-(腹/頸/甲) ABI 心 看			