問診票

記入日　令和　　年　　月　　日

フリガナ 名前	男　　女	生年月日	大正　・　昭和　・　平成 年　　月　　日　　歳
住所	〒　　－	身長　　cm	体重　　kg
		来院時体温	℃
電話	携帯電話	自宅	

1.　今日はどのような症状でご来院されましたか？当てはまるものに〇印、及びご様子をご記入ください。

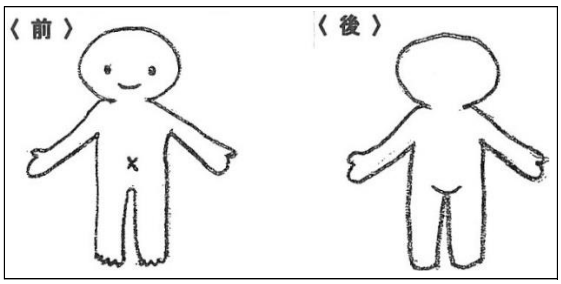
発熱　→　体温の経過をご記入ください（　　）

頭痛　　鼻水　　咳　　痰　　のどの痛み　　腹痛　　下痢　　吐き気　　嘔吐

動悸　　労作時の息切れ　　胸痛　　胸部圧迫感　　めまい　　立ちくらみ　　むくみ

皮膚症状　→　湿疹　かぶれ　かゆみ　痛み　腫れ　じんま疹　虫刺され　水虫　にきび

その他　（　　）



皮膚症状のある方は部位を
右記の図に〇で囲んでください。

2.　1. の症状はいつ頃からですか？
（令和　　年　　月　　日頃から）

3.　1. の症状のために内服している薬（市販薬含む）はありますか？（　はい　・　いいえ　）
「はい」の方→ 飲んでいる薬の名前　（　　）

4.　過去に入院をしたり手術を受けたことはありますか？　（　はい　・　いいえ　）
「はい」の方→ 病名：　　（　　歳頃）　病名：　　（　　歳頃）

5.　現在治療中の病気はありますか？　（　はい　・　いいえ　）
「はい」の方→ 病名：　　（　　歳から）　病名：　　（　　歳から）
※お薬手帳をお持ちの方は受付にお出しください

6.　アルコールは飲みますか？　（　毎日　　時々　　飲まない　）

7.　タバコは吸いますか？
（　①　吸う　　②　時々吸う　　③　以前吸っていた　　③吸わない　）
①、②の方へ　→　（　　）本／日
③の方へ　→　（　　）年前にやめた

8.　薬や食べ物でアレルギー症状を起こしたことはありますか？　（　はい　・　いいえ　）
「はい」の方　→　薬・食べ物の名前　（　　）

9.　女性の方にお聞きします。
妊娠中ですか？または、妊娠の可能性はありますか？　（　はい　・　妊娠（　　）週目　・　いいえ　）
授乳中ですか？　（　はい　・　いいえ　）

10.　風邪症状のある方にお聞きします。
①コロナワクチンの予防接種は受けましたか？　（　はい　・　いいえ　）　（　　回）
「はい」の方はいつ頃接種しましたか？　令和　　年　　月頃
②新型コロナウイルス陽性の診断を受けた方との接触はありますか？（　はい・いいえ　）
③経過中に高熱は出ましたか？（はい・いいえ）　微熱が続いていますか？（はい・いいえ）

立場医院