

問診票

記入日 令和 年 月 日

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

1. 今日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○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 ()

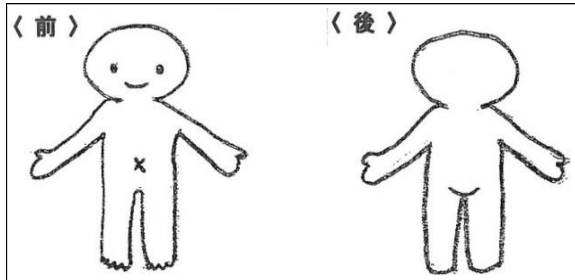
頭痛 鼻水 咳 痰 のどの痛み 腹痛 下痢 吐き気 嘔吐

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○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 ④ 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. インフルエンザがご心配な方にお聞きします。

①インフルエンザの予防接種は受けましたか？ (はい ・ いいえ)

「はい」の方はいつ頃接種しましたか？ 令和 年 月頃

②1週間以内にインフルエンザの診断を受けた方との接触はありますか？ (はい ・ いいえ)