

問診票

記入日 令和 年 月 日

| | | | | | |
|------------|------|--------------------------------------------|--------------|----|-----|
| フリガナ 名前 | | 生年月日 | 大正 ・ 昭和 ・ 平成 | | |
| | 男 女 | | 年 | 月 | 日 歳 |
| 住所 | 〒 — | 身長 | c m | 体重 | k g |
| | | 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○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。

(前)



(後)



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 吸わない ③ 以前吸っていた)
①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. 風邪症状の方にお聞きします。
インフルエンザと新型コロナの抗原検査について
① 両方の検査希望 ② インフルエンザ検査のみ希望 ③ 新型コロナ検査のみ希望
④ 先生に相談してから決める ⑤ 検査しない