

《 問 診 票 》

日付：

風邪症状のある方のみ
コロナワクチンは、接種 していますか？ 1回目・2回目・3回目・4回目 (最終の接種日 /) ワクチンの種類 ○してください ファイザー・モデルナ・ノババックス 未接種

フリガナ				男・女	
お名前					
生年月日	大・昭・平・令・西暦	年	月	日生	才
ご住所					
	電話	()	(携帯)	()	
緊急連絡先 携帯番号など	※投薬・採血結果などの緊急時に連絡する場合があります。 () 続柄:				

① どんな症状で来院されましたか？お困りの症状に○をつけて下さい。 現在の体温 _____ °C

発熱 だるい 頭痛 のどの痛み 鼻水 せき たん 呼吸が苦しい 筋肉痛 関節痛
 胸痛 腹痛 下痢 吐き気 嘔吐 発疹 花粉症 高血圧 めまい 健診異常
 その他()

② その症状はいつから始まりましたか？(発熱は、いつからですか？)
 (月 日 時ころから) _____ 月 _____ 日から体温 _____ °C(最高 _____ °C)

③ その症状に対してどこか医療機関を受診されましたか？
 はい→() →処方 お薬手帳 あり・なし
 いいえ

④ 発熱・嘔吐・下痢などの症状の場合、同じような症状の方はいますか？
 はい→ 家族・学校・職場・その他() →インフルエンザであった はい・いいえ
 →新型コロナウイルス陽性 はい・いいえ
 いいえ

⑤ 1ヶ月以内に海外に渡航しましたか？ はい→(国名: _____ 月 日から 日間)
 いいえ

⑥ 今までに下記のような病気をしたことがありますか？あるいは現在通院中の疾病はありますか？
 はい→ 喘息 結核 高血圧 糖尿病 脂質異常症 脳梗塞 脳出血 肝臓病 心臓病
 胃潰瘍 腎臓病 悪性疾患() その他()
 いいえ

⑦ 現在、服薬中のお薬はありますか？
 はい→下にご記入いただくか担当医にお話ください。 お薬手帳 あり・なし
 ()
 いいえ

⑧ 薬や食品のアレルギーはありますか？ はい→()・いいえ

⑨ 飲めない薬の剤形はありますか 錠剤・粉薬・特になし・その他()
(15才以下のみ)現在の体重 _____ kg

⑩ 成人の方のみ下記に該当するものに○をつけて下さい。
 お酒を飲む (はい・いいえ) たばこを吸う (はい・以前は吸っていた・吸ったことなし)

⑪ 女性の方のみ下記に該当する場合、○をつけて下さい。
 生理(順・不順) 最終生理 月 妊娠している可能性(あり・なし)
 妊娠中(妊娠 週) 授乳中(お子さんの年齢 才 ヶ月)

⑫ 当院をどのようにお知りになりましたか？(初診の方のみ)
 1.家族が通院している 2.主治医や知人の紹介 3.当院の建物を見て 4.街の看板を見て(駅・電柱)
 5.当院のホームページを見て 6.本・雑誌を見て 7.地元でもともと知っている 8.その他()