

《 問 診 票 》 新患 ・ 再診

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？はい・いいえ (日付 ① / ② / ③ /) ファイザー ・ モデルナ
職場についてお聞きします 勤務地(例 新宿) _____ 通勤手段 電車・その他(_____) 職種(例 事務) _____

フリガナ			男 ・ 女
お名前			
生年月日	大・昭・平・令	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 健診異常()
 その他()
- ②その症状はいつから始まりましたか？(発熱の場合、いつからですか？)
 () 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 うえ
- 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
 いいえ →新型コロナウイルス陽性 はい ・ いいえ
- ⑤1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今までに大き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。
 ()
 いいえ
- ⑧薬のアレルギーはありますか？ はい→() ・ いいえ
 薬の剤形に希望はありますか？ 錠剤 ・ 粉薬 ・ 特になし ・ その他()
(15才以下のみ)現在の体重 _____ kg
- ⑨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 ・ いいえ)
- ⑩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)
- ⑪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()