

# 《 問 診 票 》 新患 ・ 再診

日 付 :

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	( )			
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→( ) 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  
 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( )