


# 《 問 診 票 》

日付：

<b>風邪症状のある方のみ</b>
新型コロナ感染症にかかった事 がありますか？ ・いいえ ・はい 年 月 頃 コロナワクチンは、接種 していますか？ ・はい 最終接種日20 済 副反応が強く あり・なし ・いいえ(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 今までに下記の様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 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
- 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( )