

# 問 診 票

記入日	令和	年	月	日	
ふりがな					性別
名前					男 ・ 女
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年	月	日	( 歳 カ月)
電話番号	☎ TEL : ※保険証やお支払方法等お電話で確認させていただく場合がございますので必ずご記入ください。				

1. 当院を以前に受診したことはありますか。 有 無  
『有』の場合、それはいつ頃ですか。( 年 月頃)

2. 今日はこの具合が悪く、来院されましたか。今、お困りの症状の当てはまる項目に☑をつけてください。  
・いつから調子が悪いですか( 月 日 時頃から)

熱がある→( )℃ 濃厚接触者に該当する

※37.5度以上の発熱の方  
→新型コロナウイルス感染が疑われる人との濃厚接触歴がありますか。 有 無  
・直近10日以内の新型コロナの検査の有無 有 無  
『有』の場合→実施日： 月 日 (結果：陽性 陰性 結果待ち)

<input type="checkbox"/> 息苦しい	<input type="checkbox"/> せきが出る	<input type="checkbox"/> たんが出る	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> のどの痛み
<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 嘔吐 ( )回	<input type="checkbox"/> 下痢 ( )回		
<input type="checkbox"/> その他	[ ]			

3. その他、下記のような症状があれば☑をしてください。

- ・薬によるアレルギーを起こしたことが 有 (薬剤名： ) 無
- ・喘息発作を起こしたことが 有 (いつ： ) 無
- ・その他、花粉症や食べ物でアレルギーが 有 (なにで： ) 無

4. 以前に重い病気にかかったり、手術を受けたことがありますか。 有 無  
また、現在治療中の病気がありますか。 有 無  
『有』の場合 病名：  
いつ： 医療機関名：  
内服中の薬：

5. 普段、お酒は飲まれますか。 飲まない 時々飲む ほぼ毎日飲む  
※『飲む』方のみお答えください (お酒の種類： 量： /日)

6. タバコは吸われますか。 吸わない やめた 吸う  
※『吸う』方のみお答えください ( 歳から 本/日)

7. 女性の方は次の項目についてお答えください。

- ・一番近い生理はいつですか ( 月 日 ~ 月 日)
- ・妊娠していますか いいえ はい わからない
- ・授乳中ですか いいえ はい