

# 問診票

フリガナ

名前 \_\_\_\_\_ (男・女) 職業・業種 \_\_\_\_\_

記入日 年 月 日

生年月日 年 月 日生 ( 歳) 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

住 所: \_\_\_\_\_ 〒 \_\_\_\_\_

電 話: 自宅 ( \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ) 携帯 ( \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ )

緊急連絡先: ( \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ) 氏名: \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

診察する上で大切な資料となりますので、可能な範囲で詳しくご記入ください

1	どのような症状がありますか？ (○で囲んで下さい) 次の症状はいつからですか？ ( ) から。 発熱 ( _____ °C)、咳 のど痛 痰 鼻水 倦怠感 頭痛 吐き気 嘔吐 下痢 その他 ( _____ )	
2	今まで、以下の病気と診断されたことがありますか？ ① 心臓病 ② 高血圧 ③ 糖尿病 ④ 脂質異常症 ⑤ 肝臓病 ⑦ 腎臓病 ⑧ 喘息 ⑨ アレルギー疾患 ⑩ 緑内障 ⑪ 前立腺疾患 ⑫ がん ⑬ その他 病名: _____	なし
3	血縁関係に上記の病気と診断された方がいますか？ どなたが? _____ 病名(番号): _____	なし
4	治療中の病気はありますか？ 病名: _____ 内服中の薬はありますか？ 薬の名前: _____ 当院以外でかかっている 医療機関はありますか？ 病院名: _____	なし
5	今までに手術を受けたことがありますか？ 病名: _____ 手術した時期: _____	なし
6	今までにアレルギーを起こしたことがありますか？ 薬名・注射名・食べ物等: _____	なし
7	たばこ: 吸わない・吸う ( _____ 本/日)、(喫煙期間 _____ 歳~ _____ 歳まで) お酒: 飲まない・飲む (週 _____ 日) (何をどのくらい飲まれますか? _____ )	
8	女性の方へ 妊娠中または妊娠の可能性がありますか? はい・いいえ 閉経: _____ 歳頃 授乳中ですか? はい・いいえ	
9	身近に右の感染者(陽性者)はいますか? なし ・ 新型コロナ ・ インフルエンザ 自己検査 なし ・ コロナ抗原 (+/-) ・ インフル抗原 (+/-) ・ 他院等の検査 ( _____ )	

記入いただいた内容は診察行為に関してのみ使用いたします。

体温 = \_\_\_\_\_ °C SpO2 \_\_\_\_\_ %