

問 診 票

日付 (年 月 日)

診察券 ID () 氏 名 () 性 別 (男・女)

生年月日 (年 月 日) 年 齢 () 歳

身 長 () cm 体 重 () Kg 体 温 () °C

①来院されるきっかけとなった症状にチェックをつけて書いてください

発熱 () °C (いつから)

咳 (いつから)

痰 (いつから)

喉の痛み (いつから)

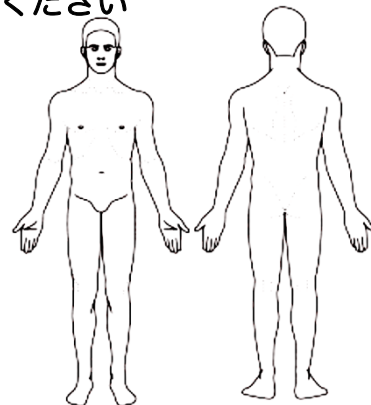
鼻水 (いつから)

体のだるさ (いつから)

息切れ・呼吸困難 (いつから)

胃腸症状 (いつから)

その他の症状 (いつから どのような)



部位を○で記入

②治療や検査などをご希望がありましたらご記入ください

()

③海外渡航歴 (過去1ヶ月以内) なし あり (国名:)

④県外への移動 なし あり (場所:)

⑤会食の有無 なし あり (いつ) (誰と)

⑥体調不良や新型コロナウイルス感染の疑いのある方との接触 なし あり (いつ)

⑦現在、治療中の病気はありますか？

なし あり 治療中の病名 ()

既往歴 過去にかかった病気はありますか？

なし あり その他 ()

糖尿病 高血圧 腎臓病 肝臓病 十二指腸潰瘍

胃潰瘍 緑内障 脳梗塞 喘息 癌 (部位)

⑧現在、飲んでいるお薬はありますか？

なし あり ()

お薬手帳をお持ちの方は、診察室でご提示ください

⑨アレルギーについて

食べ物や薬で発疹やショック、気分が悪くなったことはありますか？

おくすり なし あり 内容 ()

食べ物 なし あり 内容 ()

⑩嗜好品 喫 煙 なし あり (本/日 : 喫煙歴 年)

飲 酒 なし あり (酒の種類 : どのくらい)

⑪女性の方へ 妊娠していますか？

いいえ はい わからない 授乳中