

ID _____

問診票

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ		性別	男・女		
氏名		生年月日	明・大・昭・平	年	月 日
住所	〒 _____				
電話番号		身長	cm	体重	kg

① 症状はいつからですか？ _____ 月 _____ 日頃から _____ 月頃から _____ 年頃から

② どのような症状ですか？

- ・発熱（ _____ ℃） ・発熱はいつ頃からですか？ →（ _____ 日 _____ 時頃～）
- ・のどが痛い ・鼻水 ・咳 ・痰 ・関節が痛い ・頭痛 ・腹痛 ・下痢 ・吐き気 ・嘔吐
- ・胸痛 ・動悸 ・息切れ ・めまい ・胸の圧迫感 ・むくみ ・血便 ・便秘
- （その他 _____）
- ・新型コロナウイルス陽性者と接触はありましたか 無 ・ 有
- ・味覚・嗅覚の異常 無 ・ 有
- ・今まで経験したことのない息苦しさ・倦怠感 無 ・ 有
- ・紹介状持参 ・健診で再検査 ・花粉症の薬希望

③ 現在治療中、または過去に指摘された病気はありますか？

- ・いいえ ・高血圧 ・狭心症 ・心筋梗塞 ・脳梗塞 ・脳出血 ・糖尿病（インシュリン 有 ・ 無）
- ・脂質異常（高コレステロール血症） ・痛風 ・緑内障 ・前立腺肥大 ・ぜん息 ・小児ぜん息 ・骨粗しょう症
- （その他 _____）

④ アレルギーはありますか？

- ・いいえ ・花粉症 ・ハウスダスト ・アルコール ・（その他 _____）

⑤ 薬によるアレルギー・副作用はありますか？

- ・いいえ ・はい（ _____ ）

⑥ 現在服用中のお薬(市販薬含む)はありますか？

- ・いいえ ・はい（ _____ ）
- ・お薬手帳持参（有 ・ 無）お持ちの方は診察時、医師へお出ください。

⑦ 入院歴・手術歴はありますか？

- ・いいえ ・はい（ _____ ）

⑧ 現在、妊娠または授乳をしていますか？（女性のみ）

- ・いいえ ・はい（ _____ 週）（ _____ ヶ月） ・授乳中（ _____ ヶ月）

⑨ その他、医師に伝えたいことがありましたらご記入ください

[_____]