

問診票

令和 年 月 日

フリガナ

お名前 _____ 男 ・ 女 _____

生年月日 T・S・H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 才)

ご住所 〒 _____ 市 _____

_____ 町 _____ 丁目 _____ 番地 _____

マンション・アパート名 _____

電話 (_____) _____ - _____

携帯 (_____) _____ - _____

いつから、どのような症状が続いていますか。

当てはまる項目に○をつけてください。

現在の体温	_____ 度	頭痛	(_____ 前から)
鼻水・鼻づまり	(_____ 前から)	のどが痛い	(_____ 前から)
せき・たん	(_____ 前から)	体がだるい	(_____ 前から)
腹痛	(上腹部・下腹部) (_____ 前から)	はきけ	(_____ 前から)
		嘔吐 _____ 回	(_____ 前から)
食欲不振	(_____ 前から)	下痢 _____ 回	(_____ 前から)
血尿	泌尿器	血便	痔
味覚障害	呼吸苦	嗅覚障害	健康診断再検査
1週間以内の発熱	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	その他	

1・コロナ予防接種 済 (_____ 回目 _____ 月 _____ 日) 未

2・職場、知人など周囲にコロナ陽性者の人がいますか？

いない いる (具体的に _____)

3・およそ2週間以内に渡航歴、または県外や流行地域への移動はありますか。

いいえ はい (_____)

4. 今までにかかった病気、または治療中の病気はありますか。

特になし

胃、十二指腸潰瘍 高血圧 糖尿病 心疾患

脳血管障害 肝臓病 腎臓病 癌

その他 (_____)

5. 現在、他にかかっている病院、医院はありますか。

いいえ はい (病院、医院名 _____)

(病名 _____)

服用中の薬はありますか。

いいえ

はい お薬手帳をご提示くださるか薬名をご記入ください

薬剤名 _____

6. 今までに、薬、注射や食物アレルギーが出たことはありますか。

いいえ

はい (_____)

7. (女性のみ) 妊娠していますか。もしくは可能性はありますか。

いいえ

わからない (最終月経 _____ 月 _____ 日)

はい (_____ ヶ月) 授乳中 (生後 _____ ヶ月)

8. タバコは吸われますか？

吸わない

吸う

9. お酒は飲まれますか

飲まない

ほぼ毎日飲む 時々飲む

発熱外来の方

薬の処方箋は隣接の薬局(わかまつ薬局)で希望されますか？

いいえ

はい 診療後、車で待機をお願いします。薬局の先生が車までお持ちします

車種 _____

色 _____

ナンバー _____

※ 保健所連絡 (済 ・ 未)