

# 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	( 日～)
鼻水・鼻づまり	( 日～)	のどが痛い	( 日～)
せき・たん	( 日～)	体がだるい	( 日～)
腹 痛	(上腹部・下腹部) ( 日～)	はきけ	( 日～)
		嘔吐__回	( 日～)
食欲不振	( 日～)	下痢__回	( 日～)
血尿	泌尿器	血便	痔
健康診断再検査		その他	
身長	cm	体重	kg

1・家族 職場、知人など周囲にインフルエンザ、コロナ陽性者の人がいますか？

いない  いる ( 家族 職場 知人 )  
( 対象者のコロナ判定日 年 月 日 )

2・(女性の方) 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 年 月 日)  
 はい ( 月 )  授乳中 (生後 月)

3・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 ( )

4・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 ( )

5・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 ( )

6・タバコは吸われますか？

吸わない  吸う ( 歳から1日約 本 )  
 以前吸っていた (期間 1日約 本 約 年間)

7・お酒は飲まれますか

飲まない  ほぼ毎日飲む  時々飲む  
・日本酒 ( /日 ) ・ビール ( /日 )  
・焼酎 ( /日 ) ・ウイスキー ( /日 )  
・ワイン ( /日 ) ・その他 ( /日 )

## 発熱外来の方

薬の処方隣接の薬局(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 \_\_\_\_\_