

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・お酒は飲めますか

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 _____