

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)	はきけ	(_____ 日～)
	(_____ 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 (_____ 年 _____ 月) 授乳中 (生後 _____ 年 _____ 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(オリーブ薬局 若松店)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 _____