

ID: _____

令和 6 年 月 日

問 診 票

体温 (_____ °C)

フリガナ:	身長	cm	体重	kg
お名前:	男	妊娠	・無	・有 (_____ 週)
	女	授乳	・無	・有
生年月日:	明治	・大正	・昭和	・平成
	年	月	日	(_____ 歳)

※ 下記黒枠内は新患の方のみご記入下さい (住所、電話番号に変更のある方もご記入下さい)

ご住所 (〒 -)
お電話番号: - - 携帯: - -
★どちらで当院をお知りになりましたか? ○をつけてください。 家族の紹介 ・ 知人の紹介 ・ 他院の紹介 ・ 自宅に近い ・ セミナーに参加して 新聞 ・ チラシ ・ 道路沿いの看板 ・ 電柱の看板 ・ ホームページ ・ 他 (_____)

①発熱がありましたか? ・ない ・ある⇒いつから、何度くらいの熱がでましたか?
(_____)

②いつから症状がありますか? 例) ○だるさ (8/31)

・だるさ (/) ・息苦しさ (/) ・咳 (/) ・痰 (/)
 ・鼻水 (/) ・頭痛 (/) ・のどの痛み (/) ・味覚・嗅覚障害 (/)

[・その他の症状]

上記のことで他院での診察を受けましたか?

・ いいえ ・ はい (_____ 月 _____ 日) 病院名 (_____)

検査をしましたか? ・ いいえ ・ コロナ (陰性 ・ 陽性) (自宅 ・ 病院)

検査日 (_____ 月 _____ 日) ・ インフル (陰性 ・ 陽性) (自宅 ・ 病院) ・ その他 (_____)

当院での検査を希望しますか? ・ いいえ ・ はい (コロナ ・ インフル) ※医師の判断により行えないことがあります

③今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか? ・なし ・あり (下記へ記入下さい)

高血圧 糖尿病 喘息 (小児喘息、咳喘息含む) アレルギー性鼻炎 緑内障

透析中 (シャント 右・左) 抗がん剤治療中 放射線治療中

その他	年月日	病名又は手術名	病院	完治・治療中など
[_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____

お薬手帳は持参していますか? ・ない ・手帳 ・アプリ

[ない方は下記に内服中の薬剤を記入してください]

④周囲に感染症、もしくは体調不良者はいますか?

・いない ・いる ⇒ ・インフルエンザ ・新型コロナ ・その他 (_____)

⑤小さいお子様と関わる機会がありましたか? ・いいえ ・はい ⇒ (_____ 歳 ・ _____ 歳)

⑥薬や食品でアレルギーがありますか? ・ない ・ある (_____)

⑦タバコを吸っていますか? ・吸わない ・吸う ・以前吸っていた

⑧診察まで車で待機して頂くことは可能ですか? ・いいえ ・はい (車ナンバー _____)