

ID: _____

令和 6 年 月 日

問 診 票

体温 (_____ °C)

フリガナ:	性別	男性 ・ 女性
お名前:	身長	_____ cm
	体重	_____ kg
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 ・ 自宅が近い ・ 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) ・インフル (陰性 ・ 陽性) ・その他 (_____)
 医師の判断によりインフルエンザやコロナの抗原検査を行うことがあります。実施してもよいですか?
 ・いいえ ・はい (コロナ ・ インフル)
- 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
 その他の疾患 [病名: _____ 病院名: _____]
 透析中 (シャント 右・左) 抗がん剤治療中 放射線治療中
 お薬手帳を持参している方は提出してください。無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新型コロナウイルスに感染したことはありますか?
 ・いいえ ・はい (令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日陽性)
- ⑦薬や食品でアレルギーがありますか? ・ない ・ある (_____)
- ⑧タバコを吸っていますか? ・吸わない ・吸う ・以前吸っていた
- ⑨お車を駐車場に停めていますか? ・いいえ ・はい (車のナンバー _____)
- ⑩現在妊娠中ですか? ・いいえ ・はい (_____ 週) 現在授乳中ですか? ・いいえ ・はい