

問 診 票

お名前 _____ 様

受診日 _____ 年 月 日

I D _____

性 別 _____ 男 ・ 女

◎ 下記の該当する項目の□欄にチェック☑を入れて下さい。

1. 今日の症状をご記入ください。

□カゼ症状 体温 _____ °C

□セキ □発熱 □のどの痛み □痰 □鼻水 □くしゃみ □関節痛

□頭痛 □腹痛 □吐き気 □下痢 □胃痛 □めまい □動悸（どうき）

□健診で精査指示を受けた □その他(湿疹・痛み・はれ・傷の場所などご記載ください)

[_____]

2. その症状はいつ頃からでしょうか？ ※健診で精査指示を受けた方は記載不要です。

_____ 日前頃 ・ _____ ケ月前頃 ・ _____ 年前頃

3. 最近1週間以内に発熱はありましたか？ □ない □ある (_____ °C)

4. 現在治療中の病気はありますか？

□ない □ある (病名: _____)

5. 現在飲んでいるお薬はありますか？お薬手帳をお持ちの方はご提示ください。

□ない □ある (薬剤名: _____)

6. 入院や手術をしたことはありますか？

□ない □ある (病名: _____)

7. 今までに食べ物や薬などでアレルギーを起こしたことはありますか？

□ない □ある (食品: _____ 薬: _____)

8. ご家族（血縁者）で、病気の方はいらっしゃいますか？

(過去に入院や手術など、治療されていた場合も含みます)

□いない □いる (続柄、病名をご記入ください)

[_____]

9. 女性の方のみご記入下さい。

妊娠されていますか？ (可能性のある方もお知らせ下さい)

□はい (妊娠 _____ ケ月) □可能性がある □いいえ □わからない

授乳されていますか？

□はい (お子さんの年齢: _____ 歳 _____ ケ月) □いいえ