

問診票

年 月 日

ふりがな		性別
氏名		男 ・ 女
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳 ヶ月)	
電話番号	携帯番号 (なければ固定電話) :	
1. 本日の受診目的をお書きください 現在の体温: °C		
いつから: 月 日 時頃から どのような症状 下記記載してください		
<input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> せきが出る <input type="checkbox"/> たんが出る <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回) <input type="checkbox"/> 下痢 (回) <input type="checkbox"/> その他 ()		
○熱がある方 いつから (月 日 時頃から) 最高体温 (°C)		
*現在かかっている感染症はありますか ない ・ ある (新型コロナ インフルエンザ その他:)		
*身近な方がかかっている感染症はありますか ない ・ ある (新型コロナ インフルエンザ その他:)		
○ワクチン接種歴について		
・新型コロナワクチン: 未接種 ・ 回接種 ・インフルエンザワクチン: 未接種 ・ 接種済み		
2. 現在治療中のご病気はありますか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (下記に記入してください)		
3. 以前にかかったことのあるご病気、手術歴を下記にご記入ください		
4. アレルギーはありますか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (下記も記入してください)		
・薬によるアレルギー () ・食品によるアレルギー () ・喘息発作を起こしたこと <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (いつごろ:)		
5. お酒は飲まれますか		
<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 時々飲む <input type="checkbox"/> ほぼ毎日飲む (種類: 量 /日)		
6. タバコは吸われますか		
<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 吸う (歳から 本/日)		
7. 女性の方は以下の質問にお答えください		
・一番近い生理はいつですか (月 日 ~ 日間) ・妊娠中ですか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> わからない ・授乳中ですか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		