

問診票

年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	年齢	体重(16歳未満の方)
お名前		男 女	大・昭・平 年 月 日	歳	kg
ご住所	(〒 -)			お電話番号	
				-	-
1、これまでにかかった病気はありますか？			5、今までに手術を受けたことはありますか？		
□いいえ □はい(病名)			□いいえ □はい(病名)		
2、現在治療中の病気はありますか？			6、風邪薬や花粉症のお薬等で眠気を感じやすいですか？		
□いいえ □はい(病名)			□いいえ □はい(薬品名)		
3、今回の症状で他の医療機関を受診・治療されていますか？			7、薬や食べ物のアレルギーはありますか？		
□いいえ □はい(医療機関名)			□いいえ □はい()		
4、現在お薬(市販薬を含む)を飲んでいますか？			8、現在 妊娠・授乳をしていますか？		
□いいえ □はい(薬品名)			□いいえ □はい(妊娠 ヶ月・授乳中)		

◆内科・小児科を受診の方	Q. 症状が出たのはいつ頃からですか？ (前から)
Q. 体温は何度ですか？ 現在(°C) 最高(°C)	
<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 悪寒 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> だるさ <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 生活習慣病(高血圧・高脂血症・糖尿病・痛風) <input type="checkbox"/> インフルエンザ検査希望 <input type="checkbox"/> 迅速検査希望 <input type="checkbox"/> その他()	

◆アレルギー科を受診の方	Q. 症状が出たのはいつ頃からですか？ (前から)
<input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> 目の痒み <input type="checkbox"/> アレルギー検査希望 <input type="checkbox"/> その他()	

◆皮膚科・外科・整形外科を受診の方	Q. 症状が出たのはいつ頃からですか？ (前から)
<input type="checkbox"/> 痒み <input type="checkbox"/> 赤み <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> かぶれ <input type="checkbox"/> しこり <input type="checkbox"/> できもの <input type="checkbox"/> 多汗症 <input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 肩痛 <input type="checkbox"/> 膝痛 <input type="checkbox"/> 傷 <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> その他()	
※右図の症状がある部分に○をつけて下さい→	

◆自由診療の方	Q. 症状が出たのはいつ頃からですか？ (前から)
<input type="checkbox"/> 簡易検診・診断書・証明書 <input type="checkbox"/> ワクチン <input type="checkbox"/> 健康栄養注射 <input type="checkbox"/> 美容注射 <input type="checkbox"/> その他()	