

診察前

の体温: _____℃

問診票

年 月 日 (ID: _____)

フリガナ		性別	☐ 男 ☐ 女
氏名		生年月日	☐ 明 ☐ 大 ☐ 昭 ☐ 平 ☐ 令 年 月 日 (歳)
電話番号	(携帯) (自宅)	メールアドレス	
住所	〒		

該当する項目に☒を付けてお答えください。

今日はどうされましたか？	風邪症状	☐ 発熱(_____℃) ☐ 鼻水 ☐ 鼻づまり ☐ のどの痛み ☐ 寒気 ☐ 体のだるさ ☐ 頭痛 ☐ 関節痛 ☐ 筋肉痛 ☐ 咳 ☐ 痰(_____色)	
	腹部症状	☐ 腹痛 ☐ 下痢 ☐ 嘔気 ☐ 嘔吐 ☐ 食欲低下	
	胸部症状	☐ 胸痛 ☐ 動悸 ☐ 息苦しさ ☐ 胸の苦しさ ☐ 圧迫感	
	その他症状	☐ めまい ☐ ふらつき ☐ 不眠 ☐ 睡眠時無呼吸 ☐ その他(_____)	
症状はいつからですか？	☐ 今日はじめて ☐ (_____) 日前から ☐ 時々 ☐ ずっと前から		
最近ご家族や職場等で 右記の方がいますか？	☐ いない	☐ いる ☐ 発熱 ☐ 咳 ☐ インフルエンザ ☐ 新型コロナウイルス ☐ 胃腸炎 (☐ 嘔吐 ☐ 下痢)	
現在治療中の病気、または 過去に治療を受けた病 気はありますか？	☐ ない	☐ ある ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 心臓病 ☐ 喘息 ☐ 高脂血症 ☐ 腎臓病 ☐ 精神疾患 ☐ 前立腺肥大症 ☐ 緑内障 ☐ その他(_____)	
飲んでいるお薬はありま すか？	☐ ない	☐ ある (_____)	
お薬や食品でアレルギー が出たことはありますか？	☐ ない	☐ ある (_____)	
たばこは吸いますか？	☐ 吸わない	☐ 吸う (_____ 本/日)	☐ やめた (_____ 歳まで吸っていた)
お酒は飲みますか？	☐ 飲まない	☐ 飲む ☐ 機会飲酒 ☐ 週 _____ 回 量: _____ ☐ 杯 ☐ 合 ☐ ml 種類: _____	☐ やめた (_____ 歳まで飲んでいた)
女性の方へ	現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性はありますか？ ☐ ない ☐ ある 出産された方 (生後 _____ カ月) 授乳中ですか？ ☐ いいえ ☐ はい		
当院に通院したきっかけ は何ですか？	☐ google ☐ 当院 HP ☐ 病院ナビ ☐ 通りがかり ☐ 電柱広告 ☐ バスアナウンス ☐ 知り合いの紹介 ☐ その他(_____)		