

# 問診票(初診)

ID

紹介状 (あり・なし)

記入日

年

月

日

ふりがな 氏名	男・女	生年月日 年齢	昭・平・令 年 月 日
住所	〒		
電話番号	携帯電話	-	自宅 ( )

マイナンバーカードによる診療情報取得に同意しますか？  はい  いいえ

1. 本日はどうなさいましたか？ <input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> 予防接種 <input type="checkbox"/> 検査の希望 ( ) <input type="checkbox"/> 体調が悪い：いつからですか？ ( ) <風邪症状> 熱がある(最高 °C) 倦怠感 のどが痛い 鼻 せき たん 頭痛 関節痛 <お腹> 上腹部痛 下腹部痛 お腹が張る はきけ 嘔吐 下痢 便秘 <胸> 胸痛 動悸 圧迫感 息切れ むくみ <尿> 残尿感 頻尿 排尿痛 <その他> [ ]	来院時体温 °C
	体 重 kg
2. 今回の症状で他院を受診されている方のみご記入ください いつ ( ) 医療機関 ( ) 処方薬 ( )	
3. はきけ・嘔吐・下痢の症状のある方のみご記入ください ◎10日以内に生ガキや外食の焼肉・焼き鳥を食べましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→いつ ( ) 何を ( ) ◎水分はとれていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
4. 今までに大きな病気や入院や手術の既往はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→病名・手術名 ( ) 何歳の時ですか？ ( )	
5. 現在治療中の病気はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→病名 ( ) 通院医療機関名 ( )	
6. 定期処方されている薬はありますか？(お薬手帳があればお見せください) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ ( )	
7. タバコは吸いますか？ <input type="checkbox"/> 吸ったことがない <input type="checkbox"/> 以前は吸っていた→1日 ( ) 本× ( ) 年間(西暦 年まで) <input type="checkbox"/> 吸っている→1日 ( ) 本を ( 歳～)	
8. お酒は飲みますか？ <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> つきあい程度 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日飲む→何を？ ( ) × ( ) ml/日	
9. 薬や注射で合わなかったものはありますか？(アレルギー症状など) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→薬の名前 ( ) <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 皮疹がでた <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
10. コロナワクチン接種歴 <input type="checkbox"/> なし 1回目( 月 日：場所 ) 2回目( 月 日：場所 ) 3回目( 月 日：場所 ) 4回目( 月 日：場所 )	
11. クリニックまでの交通手段 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
12. <b>どうしても飲めない形状のお薬があればご記入ください</b> <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> 粉薬	
13. 女性の方のみ 妊娠中もしくはその可能性はありますか？ 妊 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 妊娠中→ ( 週) <input type="checkbox"/> 不明 授乳中ですか？ 授乳 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→ ( 歳 ヶ月)	