

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 <input type="checkbox"/> 回数：()回 最終接種日：(年 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. 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 <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？ 妊口ない <input type="checkbox"/> 妊娠中→ (週) <input type="checkbox"/> 不明 授乳中ですか？ 授口いいえ <input type="checkbox"/> はい→ (歳 ヶ月) | | |