

問診票

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 ()	来院時体温 ℃
	体重 kg
かぜ症状(1週間以内の発熱・咳・のど・鼻水・悪寒など)はありませんか？ <input type="checkbox"/> ありません 体調が悪い：いつからですか？ () < 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 > []	
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：() ・インフルエンザワクチンは毎年接種していますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・今シーズンは接種しましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
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 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 妊娠中→ (週) <input type="checkbox"/> 不明 授乳中ですか？ 授 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→ (歳 ヶ月)	