◇◇◇問診表◇◇◇

ＩＤ

令和　　年　　月　　日

（ふりがな）
お名前　　性別：　男　女
生年月日　大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日（　　才）
ご住所（アパート、マンション名も記入して下さい。） 〒
連絡先（　携帯電話　ご家族　ご勤務先　） ＴＥＬ　　（　　）

●今回のご来院について伺います。

（１）いつからですか？

【　　】（朝・昼・夜）から

（２）どのような症状ですか？　（○で囲んで下さい。）

熱がある（　　℃）（　月　日）　喉が痛い　　咳がでる（ 痰がらみ 有・無 ）

鼻水（ 透明・黄色・緑色 ）　くしゃみ　　腹痛　　吐き気・嘔吐（何回　／日）

下痢（ 軟・泥・水 ）（　回／日）　便秘（最終排便：　月　日）　倦怠感

関節痛【部位：　　】

胃痛（ 絞られる感じ・チクチクする感じ ）

頭痛（ 左・右・全体的 ）　　めまい（ 回転性・クラクラ ）

かゆい【部位：　　】

その他【　　】

（３）何か持病や大きな病気、健康診断で問題を指摘されたことはありますか？

喘息　　高血圧　　不整脈　　糖尿病　　高コレステロール　　癌

その他【　　】

（４）これまでに入院や手術をした事がありますか？

【　はい　　いいえ　】　　はいと答えた方:＿＿＿歳　病名(　　)

（５）これまでに長期に薬を飲んだり治療を行った病気はありますか？

【　はい　　いいえ　】　　はいと答えた方:＿＿＿歳　病名(　　)

（６）薬や食品、花粉症で具合が悪くなったことがありますか？

【　はい　　いいえ　】

（７）現在、何か薬を飲んでいますか？　　現在妊娠中　□

【　はい　　いいえ　】　　授乳中　□

（８）過去１ヶ月で国内・海外旅行歴【はい　いいえ】【場所：　　】

（９）過去１ヶ月でコロナ感染者との接触【はい　いいえ】

●医院記入欄

体温	身長	体重	コメント
℃	cm	kg	

桜が丘メルクリニック