◇◇◇問診表◇◇◇

お名前：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

●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 ）
頭痛（ 左・右・全体的 ）
耳痛（ 左・右 ）
のどが痛い
咳が出る（痰がらみ：有・無）(ゼイゼイ・ﾋｭｰﾋｭｰ・ｹﾝｹﾝ)
鼻水(透明・白・黄色・緑・つまってる)
目やに（ 左・右・両眼 ）
くしゃみ
腹痛
吐き気　　嘔吐（ 何回　／日）
下痢（ 軟・泥・水）　　便秘（ 最終排便：　月　日 ）
体がだるい　　関節痛（ 部位：　　）
胃痛（ 絞られる感じ・チクチクする感じ ）
かゆい【部位：　　】
その他【　　】

(3)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 □
その薬の名前はなんですか？

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(4)インフルエンザ予防接種の有無(昨秋から) 1 回 □ 2 回 □ 無 □
(5)過去１ヶ月で国内・海外旅行歴【はい いいえ】【場所:　　】
(6)過去１ヶ月でコロナ感染者との接触【はい　　いいえ】

●桜が丘メルクリニック