

◇◇◇問診表◇◇◇

I D

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 ( )	

(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( °C)( 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： 】  
 味覚・嗅覚障害【 有・無 】

(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) インフルエンザ予防接種の有無(昨秋から) 1回  2回  無

(9) 過去1カ月で国内・海外旅行歴【はい いいえ】【場所： 】

(10) 過去1カ月でコロナ感染者との接触【はい いいえ】

(11) 勤務先(学校)所在地【 】

● 医院記入欄

体温	身長	体重	コメント
°C	cm	kg	