

問診票

年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	明・大・昭・平
お名前		男・女		年 月 日 (歳)
住所	〒			
電話番号		携帯番号		

★本日はどうされましたか？

★いつ頃から調子が悪いですか？

頃から

★今までにかかったことがある病気を教えてください。

- | | | |
|---|--------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ぜんそく | <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 脳梗塞・脳出血など |
| <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 心臓病 |
| <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 | <input type="checkbox"/> 高脂血症 | <input type="checkbox"/> 肝臓病 |
| <input type="checkbox"/> じんましん | <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 | <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 |
| <input type="checkbox"/> その他大きな病気 (病名: _____) | | |

★現在薬を飲んでいますか？

はい ⇒

いいえ

★手術を受けたことがありますか？

はい ⇒ (_____) 年頃 (手術した部位: _____)

いいえ

★今までに飲んだり注射した薬でアレルギーをおこしたことがありますか？

はい ⇒

いいえ

★食べ物のアレルギーがありますか？

はい ⇒

いいえ

★タバコは吸いますか？ はい ⇒ 1日 _____ 本 / _____ 年間 いいえ

★お酒は飲みますか？ はい いいえ

(女性の方のみ)

★現在妊娠している、もしくは妊娠の可能性がありますか？

はい ⇒ 妊娠 (_____) 週 ★授乳中ですか？ はい

いいえ いいえ

フリガナ		性別	生年月日	大・昭・平・令
お名前		男・女		年 月 日 (歳)

新型コロナウイルスに感染した方と濃厚接触がありましたか？ はい / いいえ

今回の症状が出る前の2週間以内に新型コロナウイルスが多発している地域にまたは外国に行きましたか？
はい / いいえ

最近、感染者が多発した施設あるいはイベントに行きましたか？
はい / いいえ

最近「臭いや味を感じない」などの症状は感じますか？
はい / いいえ

同居人または家族の方で2週間以内にコロナウイルスが多発している地域にまたは外国に行きましたか？
はい / いいえ

スタッフ記入欄

体温：

NO.