

問 診 票

令和 年 月 日

裏面もご記入下さい

本日の体温

℃

ふりがな

生年月日

氏 名

(男・女)

明・大・昭・平

年

月

日

(歳)

〒
住 所

電話番号

携帯電話番号

1. 本日はどうされましたか。

いつ頃から

どのような症状ですか

2. 今までに大きな病気をされたことがありますか

いつ頃

どのような病気

3. 今までに指摘されたことのある病気に ○ を付けてください

【 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 肝臓病 ・ 腫瘍 】

4. 血縁関係（祖父母、父母、子供）の方で次の病気にかかったことがある又は、かかっている方がいれば ○ を付けてください

【 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 肝臓病 ・ 腫瘍 】

5. 今までに、お薬・食べ物などでアレルギーはありますか (ある ・ ない)

どのような薬・食べ物で

どのような症状

6. アレルギー体質と言われたことがありますか (はい ・ いいえ)

7. たばこを吸いますか (はい ・ いいえ)

8. アルコールは飲まれますか (はい ・ いいえ)

何を () どれだけ ()

9. 常備薬はありますか (はい ・ いいえ)

薬品名

10. 現在、病院にかかられていますか (はい ・ いいえ)

医療機関名 () 病名 ()

11. お薬の処方について 希望される方に ○ を付けてください

院内 ・ 院外 (薬局名)

12. 女性の方へ

妊娠している可能性はありますか (はい ・ いいえ)

授乳中ですか (はい ・ いいえ)

13. その他、気になることがありましたらご記入ください。

☆保険証・診察券（お持ちの方）は、一緒に受付に提出してください

※問診票は当院で定めた利用目的の範囲内で利用いたします

裏面もご記入下さい

患者様に、安心安全な医療を提供するための問診票となります。

別室にて診察をさせていただく場合もございますが、ご協力お願いいたします。

該当項目に を付けてください。

症 状

咳 ・ 息苦しい ・ のどの痛み ・ 鼻水 ・ 倦怠感

関節痛 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ 味覚異常（あじ） ・ 嗅覚異常（におい）

その他（ ）

発 熱

（ 有 ・ 無 ）

（10日以内）

【 月 日 時から発熱 最高 °C 】

家族・仕事場・友人での新型コロナウイルス陽性者

（ 有 ・ 無 ）

（10日以内）

行 動

（10日以内）

旅 行 有【場所】 ・ 無

県外への往来 有【場所】 ・ 無

多人数での食事や会合 有 ・ 無

コロナウイルスワクチン接種

（ 未接種 ・ 1回済 ・ 2回済 ・ 3回済 ・ 4回済 ）