

問 診 票

体温\_\_\_\_\_度

記入日 令和\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

I.D \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 性別 男・女 年齢 \_\_\_\_\_

生年月日 昭和・平成・令和 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

郵便番号 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

携帯電話番号 \_\_\_\_\_

1. 本日受診された理由についてお書きください。

\*どんな症状ですか？

\*その症状はいつ頃からですか？

2. 今までに大きな病気にかかったり、手術を受けたことがありますか？外傷で入院したことがありますか？現在、治療中のご病気がありますか？

無 ・ 有 \* \_\_\_\_\_歳 病名 \_\_\_\_\_ 治療法 \_\_\_\_\_

\* \_\_\_\_\_歳 病名 \_\_\_\_\_ 治療法 \_\_\_\_\_

\* \_\_\_\_\_歳 病名 \_\_\_\_\_ 治療法 \_\_\_\_\_

\* \_\_\_\_\_歳 病名 \_\_\_\_\_ 治療法 \_\_\_\_\_

3. 健康診断等の検査で異常を指摘されたことがありますか？(高血圧、糖尿病、肝障害、尿の異常など)

無 ・ 有 具体的にお書き下さい \_\_\_\_\_

4. アレルギーはありますか？

無 ・ 有 \*食べ物 種類 \_\_\_\_\_ 症状 \_\_\_\_\_

\*薬物 種類 \_\_\_\_\_ 症状 \_\_\_\_\_

\*その他 種類 \_\_\_\_\_ 症状 \_\_\_\_\_

5. ぜんそくをおこしたことがありますか？

無 ・ 有 最後の発作はいつですか？ \_\_\_\_\_

6. 女性の方へ

現在、妊娠していますか？ いない ・ いる ( \_\_\_\_\_ヶ月) ・ わからない

最終月経 令和 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日から \_\_\_\_\_日間

7. 最近、外国への渡航歴がありますか？

いいえ

はい (帰国後 14日以内 ・ 15日以上) 渡航先 \_\_\_\_\_

8. 3日以内に37.5度以上の発熱があった方は、お申し出下さい。