

# 問診票

ID: \_\_\_\_\_

記入日 年 月 日

名前	フリガナ	生年月日			
	男 女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日			
住所	〒	電話	自宅：		
			携帯：		
身長：	cm	体重：	kg	体温：	°C

## 1. 本日はどうされましたか？

いつ頃から ( )

症状に○をつけてください

- ・発熱 ( °C) ・ のどが痛い ・ 鼻水/鼻づまり ・ 咳 ・ 痰 ・ 頭痛 ・ 関節痛 ・ 倦怠感
- ・ 血圧 (高い・低い) ・ 胸痛 ・ 動悸 ・ 息切れ ・ 胸の圧迫感 ・ むくみ ・ めまい
- ・ 腹痛 ・ 下痢 ・ 吐き気/嘔吐 ・ 食欲不振 ・ 血便 ・ 便秘 ・ 排尿異常
- ・ その他の症状 ( )
- ・ 健診で異常を指摘された
- ・ 他院での治療を当院で継続希望

## 2. 今までにかかった、または治療中の病気はありますか？ ( あり ・ なし )

高血圧 ・ 脂質異常症 ・ 糖尿病 ・ 痛風 ・ 狭心症/心筋梗塞 ・ 不整脈 ・ 脳卒中 ・ 甲状腺  
貧血 ・ 喘息 ・ 肝臓/腎臓 ・ がん (部位: ) ・ 新型コロナウイルス感染症 (いつ )  
その他 ( ) ※後遺症の有無確認のため

## 3. 現在内服しているお薬や市販薬、サプリメントなどがありますか？

なし ・ あり (お薬手帳・内服情報提供書などをお持ちの方はお見せください)

## 4. アレルギーが出たことはありますか？

なし ・ あり (食品: 薬品: )

## 5. タバコは吸いますか？

吸わない ・ 以前は吸っていた ( 年前) ・ 吸う (1日 本 年)

## 6. お酒は飲みますか？

飲まない ・ 飲む (毎日・週に 回 種類: 1日 杯) ・ 機会飲酒

## 7. 父・母・兄弟で病気の方はおられますか？

なし ・ あり (高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心筋梗塞 ・ がん)

## 8. ここ2週間以内に新型コロナウイルスの濃厚接触者になったり、検査対象になったりしましたか？

なし ・ あり (いつ・どのように )

## ●女性の方へ

妊娠の可能性 あり ・ なし / 授乳中 はい ・ いいえ