

ＩＤ： _____

令和 7 年 月 日

問 診 票

体温 (_____) °C

フリガナ：	身長	cm	体重	kg
お名前：	男	妊娠	・無	・有 (週)
	女	授乳	・無	・有
生年月日： 明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 (歳)				

※ 下記黒枠内は新患の方のみご記入下さい（住所、電話番号に変更のある方もご記入下さい）

ご住所 (〒 -)
携帯： - - 自宅： - -

①発熱がありましたか？ ・ ない ・ ある⇒いつから、何度くらいの熱がでましたか？

(_____)

②当院での検査を希望しますか？ ・ いいえ ・ はい (コロナ・インフル) ※医師の判断により行えないことがあります

③いつから症状がありますか？ 記入例) ・ 咳 (8 / 31)

・ 咳 (/) ・ 痰 (/) ・ 鼻水 (/) ・ だるさ (/) ・ 頭痛 (/)

・ のどの痛み (/) ・ 息苦しさ (/) ・ 便秘 (日目)

・ 腹痛 (/) ・ 吐き気 (/) ・ 下痢 (/) (水様便・軟便) _____ 回/日

・ 嘔吐 (/) _____ 回/日 ・ 水分摂取 できる ・ できない

・ その他の症状

上記のことで他院での診察を受けましたか？

・ いいえ ・ はい (月 日) 病院名 ()

検査をしましたか？ ・ いいえ ・ コロナ (陰性 ・ 陽性) (自宅 ・ 病院)

検査日 (月 日) ・ インフル (陰性 ・ 陽性) (自宅 ・ 病院) ・ その他 ()

④今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか？ ・ なし ・ あり (下記へ記入下さい)

高血圧 糖尿病 喘息 (小児喘息、咳喘息含む) アレルギー性鼻炎 緑内障

透析中 (シャント 右・左) 抗がん剤治療中 放射線治療中 前立腺肥大

その他 (年月日 | 病名又は手術名 | 病院 | 完治・治療中など)

お薬手帳は持参していますか？ ・ ない ・ 手帳 ・ アプリ

ない方は下記に内服中の薬剤を記入してください

⑤周囲に感染症、もしくは体調不良者はいますか？

・ いない ・ いる ⇒ ・ インフルエンザ ・ 新型コロナ ・ その他 ()

⑥小さいお子様と関わる機会がありましたか？ ・ いいえ ・ はい ⇒ (歳 ・ 歳)

⑦薬や食品でアレルギーがありますか？ ・ ない ・ ある ()

⑧タバコを吸っていますか？ ・ 吸わない ・ 吸う ・ 以前吸っていた

⑨診察まで車で待機して頂くことは可能ですか？ ・ いいえ ・ はい (車ナンバー _____)