

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はありましたか? · 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)