

問 診 票

年 月 日

※診察の参考にさせていただきますので、ご協力お願い致します。

下記の項目について、記入もしくは○で囲んでください。

氏名 _____ 男・女 _____ 歳

身長 _____ cm 体重 _____ kg 体温 _____ °C

コロナワクチン接種 ()回接種済み ・ 未接種

1. 本日はどのような症状、目的で来院されましたか？

発熱(_____ °C) ・ 咳 ・ 鼻水 ・ 腹痛 ・ 吐気 ・ 下痢 ・ 便秘

その他 ()

2. その症状はいつ頃からですか？

()

3. 今までに入院、手術など大きな病気をしたことがありますか？

ある () ない

4. 現在他の病院で処方されているお薬はありますか？

ある () ない

5. アレルギー(体に合わないお薬など)はありますか？

ある () ない

6. お酒 飲む(_____ /日) ・ 飲まない

7. タバコ 吸う(_____ /本) ・ 吸わない

8. 最近、海外に行かれたか？

はい(_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日まで)

国名(_____)

いいえ

9. 女性の方へ：最後の生理はいつでしたか？

(_____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日まで)

10. その他、伝えたいことがありましたら、ご記入下さい。

()

どこが痛いか、傷があるか
その部位に○を付けて下さい。

