

# 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、海外に行かれましたか？

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。

