

問 診 票

記入日：平成 年 月 日

フリガナ		男 ・ 女	生 年 月 日	(明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平) 年 月 日 (日生 歳)
氏 名				
ご 連 絡 先	〒 - -		ご 職 業	
	電話 () 携帯 ()			

1. 今日はどうされましたか？現在の症状を簡単に記入してください。

☆いつ頃からどのような症状ですか？ 例：昨日の朝から熱が出てのどが痛い

※ 次の当てはまるものに○印をしてください。

2. しっしん、かぶれ、じんましんがでた事がありますか？ ある ない

原因（くすり： 食べ物： その他： ）

3. ぜんそくといわれた事がありますか？ ある ない

4. 注射や採血をして具合が悪くなった事がありますか？ ある ない

5. のみぐすりやその他のくすりで副作用が起きたことがありますか？ ある ない

（薬の名前： ）

6. 現在、内服中のくすりがありますか？ ある ない

（その薬： ）

7. これまでに医師から特別な体質といわれた事がありますか？ ある ない

8. 重い病気をしたことがありますか？ ある ない

9. 入院したことがありますか？ ある ない

（病名： 時期： ）

10. 手術を受けたことがありますか？ ある ない

（病名または手術名： ）

～11は発熱・下痢の症状のある方のみ おたずねします～

11. 現在、身近に感染症患者（疑いも含む）の方がいますか？

※感染症患者（インフルエンザやノロウイルス患者など） いる いない

12. 女性のみ 妊娠していますか？ or その可能性がありますか？ はい いいえ

13. 女性のみ 授乳中ですか？ はい いいえ

14. 介護保険の認定を受けていますか？ はい いいえ

15. 介 護 度 要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5

ご協力ありがとうございました。順番が来ましたらお呼びいたしますのでお待ちください。
緊急で診察しなければならない患者さんや、予定よりも時間をとらなければならない患者さんもおられるため、お待たせする場合があります。ご了承下さい。