

問 診 票

ふりがな				男・女	生年月日	大・昭 平・令	年 月 日 (歳)				
お名前											
現住所	〒										
電 話											
携帯電話				身長	cm		体重	kg			

1.どのような症状ですか？○をつけてください。また、それはいつごろからですか？

	症状	いつから
風邪症状	発熱(°C)・頭痛・せき・たん・鼻水・鼻づまり・のどの痛み	
風邪症状のある方へ	2週間以内に他県への移動、大勢での会食、新型コロナウイルス感染者との接触がありましたか？	はい・いいえ
胸部症状	胸痛 ・ 息切れ ・ 動悸	
腹部症状	腹痛 ・ 食欲不振 ・ はきけ ・ 嘔吐 ・ 下痢	
そ の 他	健康診断の再検査 ・ 紹介状持参 ・ その他()	

2.今回の症状で、他の病院の診療を受けましたか？ (はい・いいえ)

はいの方 … 医療機関名 () 病名 ()

3.現在、他にかかっている医療機関はありますか？ (はい・いいえ)

はいの方 … 医療機関名 () 病名 ()

4.今までに大きな病気、手術を受けたことがありますか？ (はい・いいえ)

病名	いつごろ	病名	いつごろ
高血圧		糖尿病	
心臓病		癌	
脳卒中などの脳血管障害		その他()	

5.今までに薬、注射や食べ物でアレルギーが出たことがありますか？ (はい・いいえ)

はいの方 … ()

6.肉親で次のような病気の方はいますか？ (はい・いいえ)

病名	だれが、いつごろ	病名	だれが、いつごろ
高血圧		糖尿病	
心臓病		癌	
脳卒中などの脳血管障害		その他()	

7.日常生活について

・飲酒 飲まない ・ 飲む (ビール・焼酎・日本酒・ウイスキーを 日に 缶・合・杯)
 ・喫煙 吸わない ・ 吸う (1日に 本、 歳頃から)

8.成人女性の方へ

・妊娠の可能性は？ (はい・いいえ) ・妊娠中(ヶ月) ・授乳中ですか？(はい・いいえ)

※当院の患者様に関する情報は、特にお申し出のない限り待合室に掲示してある通りの取扱いとしております。
 これ以外の取扱いにつきご希望がございましたら、ご記載ください。 無 / 有()

職員記入欄 vital sign

血圧 mmHg (右・左)、脈拍 bpm、体温 °C、SpO2 % (room, L/min)