

初診問診表

同 ID()

令和 年 月 日		〈記入者〉 ☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	
ふりがな			
氏名	男 ・ 女		
生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 () 歳		
住所	郵便番号 〒 市・郡		
連絡先	自宅	— —	携帯 — —
緊急連絡先	本人以外連絡先(名前: 続柄:) 電話 (— —)		
身長	cm		
体重	kg		

* 該当するものに○で囲んでお答え下さい。ご協力お願い致します。

〈本日はどうなさいましたか?〉		1週間以内に37, 5度以上の発熱はありましたか? はい ・ いいえ 1週間以内にコロナ疑いの方と接触はありましたか? はい ・ いいえ	
症状の始まりは?	月 日から		
来院時の熱は?	来院時の熱 °C → 熱の出始めは 月 日 時 °C		
現在の症状は?	咳 ・ たん ・ 鼻水 ・ 鼻づまり ・ のどの痛み ・ 頭痛 ・ 寒気 だるさ ・ 関節痛 ・ めまい ・ 腹痛 ・ 下痢 ・ 吐き気 ・ 嘔吐 胃痛 ・ 残尿感 ・ 排尿痛 ・ 排尿時違和感 ・ 健診引かなかった その他症状()		
早くお呼びできる医師でよろしいですか? → はい ・ いいえ(医師希望)			
〈現在治療中の病気はありますか?〉 あり ・ なし 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高コレステロール血症 ・ 高脂血症 ・ 心臓病 癌(部位:) ・ その他()			
〈手術を受けたことがありますか?〉 あり ・ なし 詳細()			
〈今のんでいる薬はありますか?〉 あり ・ なし *お薬手帳をお持ちの方は受付へ御提示ください 詳細()			
〈血のつながった家族に次のような病気はありますか?〉 あり ・ なし 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高コレステロール血症 ・ 高脂血症 ・ 心臓病 癌() ・ その他()			
〈アレルギー〉 あり ・ なし 花粉症 ・ 食べ物(品目:) ・ アトピー性皮膚炎 ・ その他()			
〈薬の副作用はありますか?〉 あり ・ なし 詳細()			
〈お酒は飲みますか?〉 飲む ・ 飲まない 毎日 ・ 週2-3日 ・ 時々 ↳ (ビール ml、焼酎 合、日本酒 合)			
〈タバコは吸いますか?〉 吸う(本/1日 年間) ・ やめた ・ 吸わない			
〈受診後にアンケートをお送りしてよろしいですか?〉 はい ・ いいえ			
*女性に伺います			
〈妊娠している可能性はありますか?〉 はい ・ いいえ			
〈現在、授乳中ですか?〉 はい ・ いいえ			