

コロナワクチンは接種しましたか？
はい(月頃)・いいえ

問 診 票

年 月 日 時 分

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	大正・昭和・平成		
氏 名				年 月 日(歳)		
住 所	〒					
電話番号	— —	携帯番号	— —			
緊急連絡先	— —	(続柄・氏名)			・	

1 今日、どのような症状・目的で診察にみえられましたか？

- 循環器系 血圧が高い・胸が痛い・胸がしめつけられる・胸がドキドキする・足がむくむ・息が切れる
- 胃腸系 お腹が痛い・下痢気味・便秘気味・吐き気がする・食後のむかつきがある・胃がおもい
- 風邪症状 のどが痛い・咳が出る・痰がからむ・鼻水が出る・体がだるい・熱がある(°C)
- その他 他院より転院希望・健康診断の再検査・それ以外()

2 症状はいつからですか？

()

3 アレルギーはありますか？

・ない ・ある → 花粉症・喘息・ハウスダスト・食べ物()・お茶()

4 タバコは吸いますか？

・いいえ ・はい → 1日に()本くらい、()年間、吸っています。
・禁煙した → 1日に()本くらい、()年間、吸っていました。

5 現在、治療中の病気がありますか？

・ない
・ある (病名： 病院名：)
(病名： 病院名：)

6 現在、飲まれているお薬はありますか？

・ない
・ある (薬名： 病院名：)

7 以前、大きな病気、怪我、手術をしたことがありますか？ それは、いつ頃でしたか？

・ない ・ある (病名： いつ：) (病名： いつ：)

8 女性であてはまる方のみ、お答えください。

・現在、妊娠()か月 ・現在、授乳中 → はい・いいえ

9 当院をお知りになったきっかけは何でしょうか？

口コミ ・ 紹介 (紹介者名：) ・ 野立て看板 ・ その他 ()