女性用問診票

ふりがな
氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　生年月日　　年　月　日　年齢　　歳

住所　〒　　電話　自宅＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　□無

携帯＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【職業】 会社員 ・ 公務員 ・ 自営業（職種：　　）・ 主婦 ・ ﾊﾟｰﾄ（職種：　　）・無職
・ 高校生 ※学校名（　　） ・ 大学生 ・専門学生・ その他（　　）

【生活歴】 タバコ：　　本／日　飲酒：　　／日

※ 職員記入欄

体温　　℃　Spo2　　%　測定不可

体重　　kg　PR　　/分（整・不整）

1. どのような症状がありますか？
　　月　日　午前 ・ 午後　時頃から
　(症状)

食事ができる（ 可 ・ 不可 ）
水分がとれる（ 可 ・ 不可 ）

現在の症状をご記入ください。
発熱（自宅：　℃ ※最高：　℃（　日　時頃）
ふしぶしが痛む ／ 寒気がする ／ 発汗
痛み（頭・のど・お腹・その他　）
咳（ 乾性 ・ 湿性 ） ／ 痰（ 透明 ・ 黄緑 ） ／ 鼻水（ 透明・ 黄緑 ） ／ 鼻づまり
お腹（ 下痢 ・ 嘔吐 ・ 吐き気 ・ 便秘 ・ その他　）
皮膚（ 発疹 ・ かゆみ ・ 痛み ・ その他　）
その他（　）

2. 今飲んでいる薬（定期的・一時的）がありますか？

□はい　年　月　日から　□いいえ
（ 抗生剤 ・ 風邪薬 ・ 解熱鎮痛剤 ・ 糖尿病治療薬 ・ 降圧剤 ・ 胃薬 ・ 下痢止め
その他　）

3. 定期的に受診している病気、または今までに病気・大きなケガ・手術をしたことがありますか？

□はい　歳、歳、歳

4. お薬や食べ物などのアレルギー（かぶれ・蕁麻疹）がありますか？

□はい　□いいえ

5. 女性の方はお知らせください
最終月経　月　日から　日間持続 ・ 日周期（閉経　歳）
量の多い日（ナプキンを2時間おきに交換）は、　日目から　日目