問診票

ふりがな
氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（男・女）

生年月日　T．S．H．R　　年　　月　　日　　年齢　　歳

電話　携帯＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　自宅＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿□無

住所　〒

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【職業】会社員(職種:　　)・公務員・自営業(職種:　　)・主婦・ﾊﾟｰﾄ(職種:　　)

～小学生・中学生・高校生・大学生・専門学生　(※学校名　　)・無職

※　職員記入欄

体温	℃	PR	回/分	お薬手帳
体重	kg	Spo2	%	有・無

1. 現在、内服している薬はありますか？　なし・あり

※かかりつけ医：　なし・あり ＿＿＿＿＿＿＿＿病院・医院・クリニック

2. 既往歴 ＿＿＿＿＿＿(　　歳) ＿＿＿＿＿＿(　　歳) ＿＿＿＿＿＿(　　歳)

3. いつから症状がありますか？

月　　日　　午前・午後　　時頃から

4. 現在の症状をご記入ください

発熱　※最高：　　℃(　　日　　時頃)

ふしぶしの痛み　／　寒気　／　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　　)

その他症状(　　)

5. アレルギーについてお知らせください

【食べ物】　なし・あり　　【喘息】　なし・あり

【　薬　】　なし・あり　　【ｱﾚﾙｷﾞｰ性鼻炎・花粉症】　なし・あり

6. 成人の方はお知らせください　【喫煙】　なし・あり(　　本/日)・禁煙した

【飲酒】　なし・あり(　　ml　　日/週)

7. 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)