

問 診 票

ふりがな

氏名 : _____ (男性 ・ 女性)

生年月日: 大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 : _____ 歳

〒 : _____

住所 : _____

電話番号(自宅)

緊急連絡先

小児のみ 体重 : _____ kg

職務内容 :

(診療上判断に必要ですので、販売で立ち仕事、事務でパソコンをよく使うなど簡単に結構です)

◆今日はどうされましたか？
どのような症状ですか？

[_____]

その症状はいつから起こりましたか？

[_____]

★ 発熱はありますか？ (はい ・ いいえ)
★ 10日以内に海外渡航歴(はい ・ いいえ)

熱がある方、次の症状はありますか？

- ①鼻水・鼻づまり (あり ・ なし)
- ②のどの痛み (あり ・ なし)
- ③咳 (あり ・ なし)
- ④悪寒・熱感 (あり ・ なし)
- ⑤頭痛・関節痛 (あり ・ なし)

その症状に関して、他の医院・病院を受診されましたか？

(はい ・ いいえ)

はいの場合・・・わかれば診断名、治療内容、投与内容を簡単にご記入ください。

[_____]

◆現在、他の病気で治療を受けていますか？

(はい ・ いいえ)

はいの場合、該当の項目に☑を付けてください。該当がなければその他にご記入ください。

- 高血圧 糖尿病 心臓病 肝臓病 ぜんそく アレルギー
- 腎臓病 癌 結核 前立腺肥大症 緑内障 その他(_____)

◆その他、大きな病気・手術の経験はありますか？..... (はい ・ いいえ)

はいの場合、わかれば病名、手術内容(_____)

◆現在、常に使用(内服)しているお薬はありますか？

(はい ・ いいえ)

わかれば薬品名をお書きください

[_____]

◆今までに薬・注射・食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？

(はい ・ いいえ)

はいの場合・・・わかれば薬剤名、食べ物の名前(_____)

◆煙草は吸いますか？ (吸わない ・ 吸う 本/日 ・ やめた)

◆お酒は飲みますか？ (飲まない ・ 飲む ml/日 ・ 時々飲む)

◆女性の方のみお答えください。 妊娠の可能性は？(はい ・ いいえ / 最終月経 月 日)
現在、授乳中ですか(はい ・ いいえ)

おざさクリニック