

12月～3月

# 問診票(初診・大人用)

ID

年 月 日

ふりがな		性別	男・女	生年月日	年 月 日 才
名前					
住所	〒				
電話	(携帯)				

●今日はどのような症状で来られましたか？ あてはまるものにチェックしてください。

- 発熱     せき     鼻水     鼻詰まり     息切れ     息苦しい     たん  
 頭痛     ノドの痛み     腹痛     下痢     いびき     無呼吸     禁煙外来  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

●その症状はいつからですか？

- 今日     昨日    月    日頃から  
 発熱の方⇒    月    日    時頃から

●今までにかかった病気・手術・ケガはありますか？     なし     あり

- 高血圧     糖尿病     喘息     高脂血症     心臓病     腎臓病     肝臓病     脳卒中  
 癌    ( \_\_\_\_\_ )  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

●現在、何かお薬を飲まれていますか？ ※お薬手帳をお持ちの方は、受付にお出し下さい。

- なし     あり    ( \_\_\_\_\_ )

●アレルギーはありますか？

- なし     あり  
 食べ物 ( \_\_\_\_\_ )  
 薬 ( \_\_\_\_\_ )  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

●嗜好品についてお答え下さい。

- 喫煙     なし     あり  
 ( \_\_\_\_\_ 本/日) ( \_\_\_\_\_ ) にやめている  
 アルコール     なし     あり  
 (種類と量 \_\_\_\_\_ )

●女性に方にお尋ねします。妊娠中ですか？

- いいえ     はい ⇒  ケ月     出産予定日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

●授乳中ですか？

- いいえ     はい

●インフルエンザの予防接種を行なっていますか？

- 未     済 ( \_\_\_\_\_ 月頃)

●周りにインフルエンザ感染者はいますか？    スタッフ記載

- いいえ     はい

<バイタル>	インフルチェック希望
BT _____ °C	あり    なし
P _____ 回/分	
BP _____ / _____ mmHg	
SpO2 _____ %	