

問診票(初診・大人用)

ID _____

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ				S	年	月	日	才
名前				H	年	月	日	才
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 嘔気 嘔吐 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 ⇒ 高い時何℃ありましたか？ (_____ °C)

●今までにかかった病気・手術・ケガはありますか？ なし あり

- 喘息 肺炎 高血圧 糖尿病 高脂血症 心臓病 腎臓病 肝臓病
 脳卒中 前立腺肥大症 緑内障 癌 (_____) その他 (_____)

●現在、何かお薬を飲まれていますか？(吸入薬も含む)

- なし あり

➡ お薬手帳はお持ちですか？(お薬を飲んでる方のみ)

- なし あり ⇒ 受付へお出し下さい。(スキャン済)

➡ お薬の名前をご記入下さい

(_____)

●アレルギーはありますか？

- なし あり (下記にご記入下さい)
 食べ物 (_____)
 薬 (_____)
 その他 (_____)

●喫煙されていますか？

- なし
 あり ⇒ 1日に(_____)本吸っている
 禁煙した ⇒ (_____)年前にやめている

●アルコールは飲みますか？

- なし あり

●女性の方にお尋ねします。妊娠中ですか？

- いいえ はい ⇒ _____ ヶ月 ● 出産予定日 _____ 月 _____ 日

●授乳中ですか？

- いいえ はい

スタッフ記載

<バイタル>

BT _____ °C P _____ 回/分 BP _____ / _____ mmHg SpO2 _____ %

30分抗原希望	あり	なし
1分抗原希望	あり	なし