

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？ (_____ ℃)

●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
 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？

- なし あり (_____)

※お薬手帳はお持ちですか？ なし あり ⇒ 受付へお出してください。

●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) (_____ 年前) にやめている
 アルコール 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

●コロナワクチンの接種はしていますか？

- 1回目 未 済 (_____ 月頃)
 2回目 未 済 (_____ 月頃)
 3回目 未 済 (_____ 月頃)

スタッフ記載

<バイタル>	
BT	_____ ℃
P	_____ 回/分
BP	_____ / _____ mmHg
SpO2	_____ %