

問 診 表

令和 年 月 日

ID:

フリガナ			男・女	明・昭・平・令	年	月	日
お名前						年齢	歳
ご住所	〒		電	自宅	()		
			話	携帯	()		
身長	cm	体重	kg	体温	度	血液型	
緊急連絡先	氏名	電話		続柄			

1. 本日は、受診することになった主な症状はなんですか？

【どのような症状ですか？】

発熱（最高 ℃）

せき のどの痛み 鼻水 下痢 腹痛 嘔吐 頭痛 食欲不振 呼吸困難

排尿時痛 血尿 頻尿 糖尿病 高血圧 高脂血症 健康診断 診断書希望

他院からの転院希望

その他 {

【いつ頃からですか？】 {

2. 薬や注射や食べ物等で、じんましんやかゆみ等 アレルギー反応がでたことがありますか？

なし ・ あり いつ頃、何で？ {

3. 肝炎の治療経験はありますか？

なし ・ あり (A型 ・ B型 ・ C型) 治療中・完治

4. 現在、治療中の病気はありますか？

なし ・ あり 病名 {
服用中のお薬 {

5. 今までに大きな病気、手術を受けられた事がありますか？

なし ・ あり 病名 {
いつ頃 {

6. たばこを吸われますか？

吸わない ・ 吸う 1日 本 喫煙歴 年

7. お酒を飲まれますか？

飲む ・ 飲まない (毎日 ・ 週1回 ・ 時々 1回の酒量)

8. 女性の方のみお尋ねします。現在妊娠されていますか？

していない ・ わからない ・ している ()ヶ月 ・ 現在授乳中

9. ここ1ヶ月以内に海外渡航されましたか？ した ・ していない

された方・・・場所 ()

10. 新型コロナウイルスと診断された方と濃厚接触はありましたか？ はい ・ いいえ

11. ここ14日間で満員での公共交通手段の利用はありましたか？ はい ・ いいえ

12. ここ14日間でイベントなど人が密集した所へは行きましたか？ はい ・ いいえ