

初診問診票

令和 年 月 日

フリガナ

お名前： _____ (男 ・ 女)

大・昭・平・令 年 月 日生 (_____ 才)

住所： _____

電話 (自宅) _____ (携帯) _____

- 本日は、どのような症状でお困りですか？ ○を付けてください。

いつから ⇒

せき ・ たん ・ のどが痛い ・ 鼻水 ・ 発熱 (_____ °C) ・ 寒気 ・ だるさ ・ 頭痛
ふしぶしの痛み (関節痛) ・ 胃痛 ・ 腹痛 ・ 下痢 ・ はき気 ・ 嘔吐 ・ 便秘 ・ めまい
花粉症 ・ 尿の異常 (頻尿、排尿時痛、血尿など) ・ 健康診断で要受診と判定された
その他 [_____]

★必ず、以下の項目をご確認の上、○を付けてください。

◆ **2週間以上、県外に出かけた (はい , いいえ)**

(いつ： _____ 行先： _____)

◆ **1週間以内に、発熱があった (はい , いいえ)**

◆ **新型コロナウイルス感染者との接触があった (はい , いいえ)**

◆ **においの異常 または 味の異常 を感じる (はい , いいえ)**

- 現在、治療中の病気はありますか？

ない ・ ある ⇒ (_____)

- 今までに 大きな病気にかかったり、入院や手術を受けたことがありますか？

ない ・ ある ⇒ (_____)

- 薬、麻酔、食べ物などで アレルギー症状を起こしたことがありますか？

ない ・ ある ⇒ (_____)

- タバコは吸いますか？ ⇒ 吸わない ・ 吸う (1日 本、 年間)

- 女性の方のみお答えください。(お薬の処方上、考慮いたします)

・ 妊娠中ですか？ ⇒ いいえ ・ はい ・ 可能性あり

・ 授乳中ですか？ ⇒ いいえ ・ はい

※ 他院で処方されたお薬やお薬手帳などをお持ちでしたら、診察時にお出してください。