

問診票

令和 年 月 日

ふりがな お名前	男・女	生年月日 T・S・H 年 月 日 (歳)	病院記入欄
ご住所 〒	本日の体温 °C		Kg
電話番号 (自宅)	(携帯)		SpO2 %
			P=

症状はいつからですか？ 今日 () 日前から 時々 現在痛みはない

今日はどうなさいましたか？ 該当する症状にチェックをお願いいたします。

- 発熱 頭痛 のどの痛み せき・痰 鼻水・鼻づまり 関節の痛み
 めまい ふらつき 動悸 息苦しい 体がだるい 食欲がない 胃痛
 腹痛 下痢 血便 吐き気 おう吐 むくみ 皮膚のかゆみ
 その他() 健診再検() かかりつけ変更希望

現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？

- 高血圧 糖尿病 脂質代謝異常 心疾患 不整脈 痛風 癌
 アトピー性皮膚炎 喘息 脳出血／脳梗塞 その他()

現在服用中のお薬はありますか？ ※お薬手帳をお持ちの方はお出してください。

- なし あり()

お薬・注射・採血などで体調不良、アレルギー症状を起こしたことはありますか？

- なし あり(お薬名：)

煙草は吸いますか？ 吸わない 吸う 1日()本 ()年前にやめた

お酒は飲まれますか？ 飲まない 毎日飲む 1日()本 たまに飲む

本日食事はしましたか？ はい いいえ

2週間以内に、コロナウィルス・インフルエンザに感染した方と一緒にいたことがありますか？

- いいえ はい(時期 月 日頃)

女性の方へご質問です。 現在妊娠(週目) 妊娠の可能性あり 授乳中