

はじめて受診された方の問診票（大人用）

平成 年 月 日

No _____

フリガナ お名前	男	生年月日			
	女	昭和	平成	年	月 日 (歳)
住所 〒		電話番号 携帯番号			
女性の方へのご質問 妊娠の可能性 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 授乳中					体温 ℃

① 本日はどうなさいましたか？

② 本日の様子をお教えてください。

- ・食欲はありますか？ ある あまりない ない
- ・水分は摂れていますか？ 飲める 少し 飲めない
- ・夜はお休みになれますか？ よく眠れている まあまあ眠れている あまり眠れていない
- ・ご気分はいかがですか？ よい まあまあ わるい

③ 次の症状で当てはまるものがあれば、チェックしてください。

- 発熱 (いつから 月 日 AM/PM 時頃～ ℃) → 解熱剤使用 (あり・なし)
- はな (いつから 月 日～) → (さらさら・ネバネバ・鼻づまり・他 _____)
- 咳 (いつから 月 日～) → (痰がらみ・から咳・ゼーゼー・他 _____)
- 嘔吐 (いつから 月 日～) → (1日 回・最後に吐いた時間 AM/PM 時頃)
- 下痢 (いつから 月 日～) → (1日 回) (水様・泥状・軟) (黄茶色・白色・血便)
- 肌 (ぶつぶつ・赤み・乾燥) (月 日～) 部位 (頭・顔・手・足・お尻・口の中・他 _____)

④ 現在、使っているお薬 (飲み薬・塗り薬) があればお書きください。

ない ある (_____)

⑤ 現在周囲で流行している病気はありますか？ ない ある (_____)

⑥ 現在治療している病気はありますか？ ない ある (_____)

⑦ アレルギーはありますか？ なし 不明 (検査したことがない)

アレルギー性鼻炎 花粉症 喘息 アトピー皮膚炎

食べ物 (_____) 薬 (薬名 _____)

⑧ 保険証のコピーをとらせて頂いてもよろしいですか？ はい いいえ

ご記入ありがとうございました。

診察状況によりご予約時刻に診察を開始できないことがあります。あらかじめご了承ください。

	隔離 (通常 アルコール 次亜塩素 換気) 次回 / 要隔離 診断:
--	---------------------------------------

