

問診票

ふりがな
お名前

住所 〒

_____ - _____

携帯番号(必須) _____

1. 症状はいつからですか？ ____月____日 午前・午後____時頃から

来院時の体温____.____℃ 症状の程度 なし→ - 少しある→ + ある→ ++ かなりある→ +++

鼻水	くしゃみ	咳	痰	のどの痛み	頭痛
寒気	腹痛	下痢	嘔気・おう吐	関節・筋肉痛	倦怠感(体がだるい)

その他の症状 (_____)

2. 発熱はありましたか？ (ない ・ ある)

ある方はいつからですか？ ____月____日 午前・午後____時頃から ____℃

3. 一番高かった体温は何度ですか？ ____℃ ____月____日 午前・午後____時頃

4. 過去1か月以内に、海外への渡航歴がありますか？ (ない ・ ある 国名_____)

5. 現在治療中の病気はありますか？(ある・ない) 病名_____

現在服用中の薬はありますか？(ある・ない) ある場合 (お薬手帳あり・なし 薬剤名_____)

過去に大きな病気(手術・入院など)をなされたことはありますか？(ある・ない)

病名_____

6. 女性の方へ 現在、授乳中、妊娠中または妊娠の可能性はありますか？(ない ・ ある)

7. 本日は何でお越しになりましたか？該当するものに○を付けて下さい 自家用車 ・ 自家用車以外 ・ 送迎