

# 風邪患者様用 問診票

ふりがな  
お名前 \_\_\_\_\_

来院時の体温 \_\_\_\_\_ °C

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

※初めて受診された方のみ枠の中をお書きください。

生年月日 T・S・H・R \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 年齢 \_\_\_\_\_歳 性別 男性 ・ 女性

〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号(自宅) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (携帯) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

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

2. 症状をご記入ください。

なし → - 少しある → + ある → ++ かなりある → +++

記号	症状	記号	症状	記号	症状	記号	症状
	頭痛		のどの痛み		鼻水		くしゃみ
	咳		痰		寒気		関節痛・筋肉痛

その他の症状 ( \_\_\_\_\_ )

3. 発熱はいつからですか? \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 午前・午後 \_\_\_\_\_時頃から

4. 一番高かった体温は何度ですか? \_\_\_\_\_°C \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 午前・午後 \_\_\_\_\_時頃

5. 今季、インフルエンザの予防接種をしましたか? ( 接種した ・ 接種していない )

6. 周囲にインフルエンザにかかった方はいますか? ( いる ・ いない )

いる方は、どなたにあたりますか? \_\_\_\_\_ いつ? \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

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

8. 現在、治療中の病気はありますか? (当院以外で)

( ある 病名 \_\_\_\_\_ ) ・ ない

9. 現在服用中の薬はありますか? (当院以外で) ( ある ・ ない )

ある方は、薬またはお薬手帳をお見せいただくか、薬剤名をお書きください。

10. 過去に入院や手術をされたことがありますか? ( ある ・ ない )

病名 \_\_\_\_\_ いつ頃 \_\_\_\_\_

11. お薬でアレルギー(蕁麻疹・気分が悪くなった)を起こしたことがありますか? ( ある ・ ない )

12. 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? ( ある ・ ない )

13. その他、何かありましたら、お書きください。

※下記のアンケートにご協力下さい。当院は何でお知りになりましたか? ○をつけて下さい。(複数可)

(ホームページ ・ 知人の紹介 ・ 電話帳 ・ 看板 ・ 偶然通りかかた ・ その他)