

問診票

ID: _____

ふりがな お名前	生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日
住所 〒 _____	日中連絡の取れる電話番号

* 今回の受診理由に○または✓をつけてください。

- ① () 体調が悪い → ★1へ
- ② () 検査のご希望 → ★2へ
- ③ () 健康診断後の再検査・評価
- ④ () 睡眠時無呼吸症候群の検査・治療のご希望
- ⑤ () ワクチンの希望
- ⑥ () 健康診断

● 受診時体温: _____ °C

★1 今回の症状に○と発症時期をご記入ください。

- () 発熱: _____ / _____ から。何°Cまで出ましたか? _____ °C
- () のどが痛い: _____ / _____ から。
- () せき: _____ / _____ から。
- () 痰: _____ / _____ から。色は_____色である。
- () 息苦しさ: _____ / _____ から。
- () 鼻水: _____ / _____ から。色は_____色である。
- () 鼻詰まり: _____ / _____ から。
- () 腹痛: _____ / _____ から。
- () 吐き気: _____ / _____ から。() 吐いてしまった。回数は? _____ 回。
- () 下痢: _____ / _____ から。
- () 便秘: _____ / _____ から。
- () 頭痛: _____ / _____ から。
- () その他: どんな症状ですか? (_____)
いつからですか? _____ / _____ から。

★2 ご希望の検査に○をつけてください。

レントゲン検査 ・ CT検査 ・ アレルギー検査(採血) ・ 尿検査
インフルエンザ検査 ・ 溶連菌検査 ・ 新型コロナウイルス関連(抗体検査・唾液PCR検査)
その他(_____)

* 今までにかかった、または、現在治療中である病気に○または✓をつけてください。

- () 気管支喘息(小児喘息/咳喘息も含む) () アレルギー性鼻炎 () 花粉症 () 高血圧 () 糖尿病
- () 緑内障 () 不整脈
- () その他(_____)

* 薬で具合が悪くなったことはありますか? なし ・ あり(下に詳細をご記入ください)

薬品名と症状: _____

* 女性の方へ、該当に○または✓をつけてください。

- () 妊娠中: _____ 週 () 授乳中: _____ ヶ月 () どちらでもない

ご記入ありがとうございました。お薬手帳や検査データ等ありましたら一緒に窓口へご提出ください
のぎきはちまん前内科