

問診票

日付: \_\_\_\_\_

氏名: \_\_\_\_\_ 様

項目 □ に、レ印をつけてご記入下さい。

(今日の熱 : \_\_\_\_\_ °C)

(1) 本日の受診についてお聞きします

※15歳未満の方 (体 重 : \_\_\_\_\_ kg)

\*いつごろからどのような症状がありますか

□今日 □昨日 □2~3日前 □1週間前 □その他( \_\_\_\_\_ )

□発熱...一番高かった熱はいつ・何度位ありましたか( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時頃, 最高 \_\_\_\_\_ °C)  
今季、インフルエンザ予防接種は □受けた □受けない

□頭痛 □鼻水 □鼻づまり □咳 □痰 □のどの痛み

□吐き気 □嘔吐( \_\_\_\_\_ 回) □下痢( \_\_\_\_\_ 回) □食欲不振

□胃痛 □腹痛 □発疹 □めまい □その他( \_\_\_\_\_ ) 症状をご記入ください

\*今回の症状でお薬(市販薬を含む)は飲みましたか?

□飲んでいない

□飲んだ → (いつ) (おくすり名)  
(市販薬含む)

(2) 現在治療中の病気はありますか?

□ない □ある 病 名 [ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 歳)]

病院名 [ \_\_\_\_\_ ]

※おくすり手帳をご提示ください。

(3) 今までに通院または入院を要する病気にかかったことはありますか

□ない □ある 病 名 [ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 歳)]

手術名 [ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 歳)]

(4) 食べ物・注射・くすりなどでアレルギー症状を起こしたことはありますか

□ない □ある アレルギー を起こしたもの( \_\_\_\_\_ )

(5) 嗜好についてお聞きします

たばこ □吸わない □吸う 開始年齢: \_\_\_\_\_ 歳 本数: \_\_\_\_\_ 本/日  
アルコール □飲まない □飲む 開始年齢: \_\_\_\_\_ 歳 量: \_\_\_\_\_ ml/日 回数: \_\_\_\_\_ 回/週

(6) 女性の方にお聞きします

妊娠の可能性はありますか □いいえ □はい 授乳中ですか □いいえ □はい

\*ご記入いただいた個人情報 は診察・治療以外の目的では使用いたしません。

(計測) Bp / PaO2 P ほしかわクリニック