

# はじめて受診された方の問診票（大人用）

令和 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 テ			電話番号	
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 °C

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
- ・水分は摂れますか?  飲める  少し  飲めない
- ・夜はお休みになりますか?  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～ °C) → 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。

平熱 °C	隔離 (通常 アルコール 次亜塩素 換気) 次回 / 要隔離 診断: 取り込み有
-------	--