

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 〒		電話番号 携帯番号			
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 ℃

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
- ・水分は摂れていますか？ 飲める 少し 飲めない
- ・夜はお休みになれますか？ 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～ ℃）→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 ℃	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
------	--