



# 問 診 票



ID: \_\_\_\_\_ R. / /

ふりがな				性別	男性 ・ 女性	
お 名 前						
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日	年齢	歳
住所	〒 _____					
電話番号	_____	_____	_____	_____	体重 ※	kg
診察前の体温	_____ °C			※中学生までの方はご記入ください		

① 今日はどうされましたか？

症状：

いつから：

部位： \_\_\_\_\_ (右図にもご記入下さい)

② 何か原因として思いつくことはありますか？ ( あり ・ なし )

③ この症状で病院は行きましたか？ ( はい ・ いいえ )

病院名：

処方されたお薬：

④ 現在、治療中の病気はありますか？ ( あり ・ なし )

病名：

⑤ 現在、内服している薬やサプリメントはありますか？ ( あり ・ なし )

服用薬：

サプリメント：

↳ 複数あり書ききれない方はお薬手帳をお出し頂いてもかまいません

⑥ 今までにかかったことのある主な病気を教えてください。( あり ・ なし )

病名：

⑦ 薬のアレルギーはありますか？ ( あり ・ なし )

アレルギー：

⑧ 家族や親せきに大きな病気にかかったことのある人はいますか？

⑨ **女性の方のみ、お答えください。**

現在、妊娠していますか？ ( はい \_\_\_\_\_ ヶ月 ・ いいえ ) 授乳中ですか？ ( はい ・ いいえ )

⑩ 当院をどのようにお知りになりましたか

□家が近い □ホームページ □インターネット検索 □インスタグラム □知人の紹介 □他院の紹介 □その他( \_\_\_\_\_ )

## 新型コロナウイルスに関する質問にご協力お願いします

⑪ 過去2週間に新型コロナと診断されたことがある ※はいの方 いつですか？(R 年 月 日)

⑫ 現在咳、鼻水等の症状がある ( はい ・ いいえ )

⑬ この10日間で発熱があった ※はいの方 いつですか？( 月 日 ) ( \_\_\_\_\_ °C)

⑭ この半年間で海外渡航歴がある ※はいの方 いつですか？( 月 日)

⑮ 濃厚接触者の可能性がある ( はい ・ いいえ )

⑯ コロナ予防接種日(予定日)はいつですか？ ( 月 日 回目 ・ ありません ・ 2回接種済 ・ 3回接種済 ・ 4回接種済)

⑰ マスクをしていますか？ ( はい ・ いいえ ) ※お忘れの場合は100円で購入していただきます