

診察前

の体温: _____℃

問診票

年 月 日 (ID: _____)

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日 (歳)
電話番号	(携帯)	メールアドレス	_____
	(自宅)	職 業	
住所	〒 _____		

該当する項目に を付けてお答えください。

今日はどうされましたか？	風邪症状	<input type="checkbox"/> 発熱(最大 _____ 度) <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻詰まり <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> 体のだるさ <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰(_____ 色)	
	腹部症状	<input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 食欲低下	
	胸部症状	<input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 胸の苦しさ <input type="checkbox"/> 圧迫感	
	その他症状	<input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> ふらつき <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸 <input type="checkbox"/> その他(_____)	
症状はいつからですか？	<input type="checkbox"/> 今日はじめて <input type="checkbox"/> (_____) 日前から <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ずっと前から		
最近ご家族や職場等で右記の方がいますか？	<input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる (<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス <input type="checkbox"/> 胃腸炎(<input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢)	
現在治療中の病気、または過去に治療を受けた病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> その他(_____)	
飲んでいるお薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある (_____)	
お薬や食品でアレルギーが出たことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある (_____)	
たばこは吸いますか？	<input type="checkbox"/> 吸わない	<input type="checkbox"/> 吸う (_____ 本/日)	<input type="checkbox"/> やめた (_____ 歳まで吸っていた)
お酒は飲みますか？	<input type="checkbox"/> 飲まない	<input type="checkbox"/> 飲む (<input type="checkbox"/> 機会飲酒 <input type="checkbox"/> 週 _____ 回 量: _____ <input type="checkbox"/> 杯 <input type="checkbox"/> 合 <input type="checkbox"/> ml 種類: _____)	<input type="checkbox"/> やめた (_____ 歳まで飲んでいた)
女性の方へ	現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 出産された方 (生後 _____ カ月) 授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
当院に通院したきっかけは何ですか？	<input type="checkbox"/> google <input type="checkbox"/> 当院 HP <input type="checkbox"/> 病院なび <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> 電柱広告 <input type="checkbox"/> バスアナウンス <input type="checkbox"/> 知り合いの紹介 <input type="checkbox"/> その他(_____)		