診察前
の体温：＿＿＿＿＿＿＿＿℃

問診票

年　　月　　日（ID:　　）

フリガナ		性別	□男 □女
氏名		生年月日	□明 □大 □昭 □平 □令 年　月　日（　　歳）
電話番号	（携帯） （自宅）	メールアドレス	
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	□発熱（**最大**　　度） □鼻水 □鼻詰まり □のどの痛み □寒気 □体のだるさ □頭痛 □関節痛 □筋肉痛 □咳 □痰（　　色）	
	腹部症状	□腹痛 □下痢 □嘔気 □嘔吐 □食欲低下	
	胸部症状	□胸痛 □動悸 □息苦しさ □胸の苦しさ □圧迫感	
	その他症状	□めまい □ふらつき □不眠 □睡眠時無呼吸 □その他（　　）	
症状はいつからですか？	□今日はじめて □（　　）日前から □時々 □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？	□いない	□いる （□発熱 □咳 □インフルエンザ □新型コロナウイルス □胃腸炎（□嘔吐 □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？	□ない	□ある （□高血圧 □糖尿病 □心臓病 □喘息 □高脂血症 □腎臓病 □精神疾患 □前立腺肥大症 □緑内障 □その他（　　））	
飲んでいるお薬はありますか？	□ない	□ある （　　）	
お薬や食品でアレルギーが出たことはありますか？	□ない	□ある （　　）	
たばこは吸いますか？	□吸わない	□吸う （　　本/日）	□やめた （　　歳まで吸っていた）
お酒は飲みますか？	□飲まない	□飲む （□機会飲酒 □週＿＿＿回 量：＿＿＿□杯 □合 □㎖ 種類：＿＿＿＿＿＿）	□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？ □ない □ある 出産された方（生後　　カ月） 授乳中ですか？ □いいえ □はい		
当院に通院したきっかけは何ですか？	□google □当院 HP □病院なび □通りがかり □電柱広告 □バスアナウンス □知り合いの紹介 □その他（　　）		

北区王子クリニック