

# 問 診 表

受付No.

<small>フリガナ</small>	<small>性別</small>	男 : 女	<small>ID:</small>
<small>お名前</small>	<small>生年月日</small>	明・大・昭・平	年 月 日生 ( 歳)
<small>ご住所</small>	〒 -		
<small>TEL</small>	( ) - 緊急時連絡先(携帯電話等)		
<small>体重(小児のみ)</small>	kg	<small>来院時体温</small>	℃

○をつけて下さい

	(1) どのような症状がありますか？	<b>SPO2</b>	<b>%</b>
<small>上気道</small>	喉の痛み(軽度・ひどい)    咳(軽度・ひどい)    くしゃみ    喘鳴    息苦しい(咳により・喘息により) (イソジン・アズノール・トローチ) ←希望に○ 痰(無色・黄 : からむ・多量)    鼻水(無色・黄・緑 : 少量・多量)    鼻づまり		
<small>消化器</small>	下痢(軟便・泥状・水様)    回/日)    便秘(良・不良)    回/日) 嘔吐(食物残渣・胃液・咳あげ)    回/日)    吐き気    腹痛    胃部痛 (吐き気と腹痛が両方ある場合はどちらの症状をより優先して治療したいか→ )		
<small>その他</small>	頭痛    関節痛    倦怠感    めまい(回転性・非回転性)    目のかゆみ    目やに    じんましん 発熱(初回熱測定日時 )    悪寒    胸痛(呼吸時のみ・安静時も)    その他		
	(2) いつから症状がありますか？( )		
	(3) 今までにかかった大きな病気(手術、入院等)はありますか？ いいえ    はい(病名: )		
	(4) 今までに薬や注射、食物等でのアレルギー症状(じんましん・呼吸困難・ショック・気分不快等)はありますか？ いいえ    はい(いつ頃:    原因品名: )		
	(5) 現在、他の医院・病院等にかかっていますか？ いいえ    はい(病名:    医療機関名: )		
	(6) 現在服用中のお薬はありますか？(お薬手帳や他医院処方薬の説明書をお持ちの方はスタッフにお渡しください。) いいえ    はい(病名:    薬剤名: )		
	(7) ご両親や兄弟姉妹の方(血縁者)で次の病気等にかかった方はいらっしゃいますか？ いいえ    はい(どなたが ) 【 高血圧    心臓病    糖尿病    喘息    ガン    脳卒中 】		
	(8) 喫煙の習慣はありますか？ いいえ    はい(現在喫煙    本/日    年間) (過去に喫煙    本/日    年間)		
	(9) 飲酒の習慣はありますか？ いいえ    はい(缶ビールまたは日本酒1合    本/日)		
	(10) 女性の方へ    ※今後も受診時に妊娠(可能性を含む)又は授乳中の場合は必ず申し出て下さい。 妊娠中(    週)    授乳中    妊娠の可能性(あり・なし)		
	(11) その他希望される事項等ございましたらご記入ください。		