初診問診票

吸　F　C

成人用《 高校生以上 》

1　2　希　(　　:　　)

令和　　年　　月　　日		記入不要　(　)(　　℃)
ふりがな お名前	(　男・女　) (　　歳)	本人(　　℃)(　)(　　℃) (　)(　　℃)
ご住所	〒　　－	
電話番号	(　　)　　—	
携帯番号	(　　)　　—	
生年月日	S・H　　年　　月　　日	

◇今日はどうされましたか？見られる症状を全て教えてください。

発熱　なし・あり → 自宅での体温(　　℃)

↳発熱し始めたのは《　月　日の AM / PM　:　頃から(　　℃)》

のどの痛み・咳・たん・鼻水・鼻づまり・寒気・頭痛・息苦しさ

腹痛・嘔気・嘔吐(　回/日)・下痢(　回/日)・軟便・便秘・血便

排尿時痛・頻尿・血尿・肩こり・頚部痛・背部痛・腰痛・膝痛・しびれ

その他(　　)

◇一番つらい症状・気になることは何ですか？(　　)

◇いつから症状がみられますか？(　　)

◇その症状は(　どんどんひどくなっている・少し収まりかけている・変わらない　)

◎周囲で流行している病気はありますか？(　　)

◇お手数をおかけいたしますが、次の質問にお答え下さい。

1. 今までに大きな病気(慢性疾患を含む)・大けがの経験はありますか？
   ない・ある → (　　)
2. 現在治療中の病気はありますか？　　*お薬手帳があればご提示ください！
   ない・ある → (　　)
   ※服用中の薬 → (　　)
3. 注射があわなかったり、薬を飲んで発疹が出たり、気分が悪くなったことがありますか？
   ない・ある → (　　)
4. アレルギーといわれたことがありますか？
   ない・ある → (　　)
5. 喘息(ゼーゼー)やじんましんをおこしたことがありますか？
   ない・ある → (　　)
6. 《 女性の方 》　妊娠中又は妊娠の疑いがありますか？　いいえ・はい・不明
   授乳中ですか？　いいえ・はい