

《初めて来院される方の問診票》

令和 年 月 日

フリガナ					性別
氏名					男・女
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日	年齢 歳
住所	〒 —				
(未成年者の場合) 保護者氏名					
電話番号			携帯電話番号		
職業			勤務先		
身長	cm	体重	Kg	体温	°C

いつからどのような症状ですか？

・今日から ・昨日から ・ 月 日から
 ・発熱（最高体温 °C） ・咳 ・たん ・鼻水 ・くしゃみ ・のどの痛み
 ・腹痛 ・下痢 ・吐き気 ・嘔吐 ・便秘 ・頭痛 ・発疹 ・胸の違和感
 ・その他（ ）

今までにかかったことのある病気や、現在通院中の病気がありますか？

・糖尿病 ・高血圧 ・脂質異常（コレステロール） ・心筋梗塞 ・狭心症 ・脳梗塞
 ・不整脈 ・その他の心臓病（ ） ・癌（ ）
 ・脳梗塞 ・喘息 ・胃潰瘍 ・前立腺肥大 ・緑内障 ・腎臓病 ・肝臓病
 ・その他（ ）

現在、飲んでいる薬はありますか？

・ない ・ある（薬品名 ）

かかりつけの医療機関はありますか？

・ない ・ある（ ）

薬のアレルギーはありますか？（発疹が出たり、下痢、ショック症状になった。）

・ない ・ある（薬品名 ）

食品アレルギーはありますか？

・ない ・ある（卵・牛乳・その他 ）

たばこについて

・以前吸っていた ・吸う 1日（ 本） いつから吸っていますか（ ）歳

お酒を飲みますか？

・毎日飲む 日本酒に換算して（ ）合 ビール500mlに換算して（ ）本
 ・時々飲む ・飲まない

新型コロナウイルス感染症にかかったことがありますか？

なし
 あり（ 年 月）

新型コロナウイルスワクチンの予防接種の状況について教えてください。

一度も接種していない
 接種した（計 回 最終接種日 年 月 日）

女性の方のみご記入ください

・妊娠していますか？ ・いいえ ・はい（妊娠 週・ カ月）
 ・授乳中ですか？ ・いいえ ・はい（お子様の年齢 歳 カ月）