

【問診票】 記入日: ____ 年 ____ 月 ____ 日

お名前 ふりがな	ふりがな: _____ 氏名: _____	性別	☐ 男 ☐ 女
ご住所	〒 _____ - _____		
生年月日	_____ 年 ____ 月 ____ 日 (西暦)	年齢	_____ 歳
連絡先	自宅: () _____ - _____ 携帯: () _____ - _____ メール: _____ @ _____	体重	_____ kg
		体温	_____ . _____ °C
ご職業	_____	医療従事者	☐ はい ☐ いいえ

保険・紹介状の確認	はい	いいえ
マイナンバーカード保険証による診療情報取得に同意されますか	☐	☐
この1年間に特定健診や高齢者健診を受診されましたか	☐	☐
他の医療機関からの紹介状をお持ちですか	☐	☐

【今日はどうされましたか？】 該当する症状すべてに ☐ を入れてください	
全身症状	☐ 発熱 ☐ 倦怠感 ☐ 疲れやすい ☐ 体重減少 ☐ 食欲不振 ☐ 身体のふるえ ☐ 全身のむくみ
頭部・神経	☐ 頭痛 ☐ めまい ☐ しびれ ☐ 不眠
呼吸器	☐ のどの痛み ☐ せき ☐ 息切れ
循環器	☐ 胸の痛み・苦しさ ☐ 動悸 ☐ 高血圧
消化器	☐ おなかの痛み ☐ 胃の痛み ☐ おなかの張り ☐ 吐き気・嘔吐 ☐ 下痢 ☐ 血便 ☐ 血尿
皮膚・粘膜	☐ 発疹 ☐ 口の渇き ☐ 局所の腫れ・しこり
その他	☐ その他 (下欄に記載)

いつ頃から症状がでましたか	☐ 本日 ☐ 昨日 ☐ () 日前 ☐ () 週間前 ☐ () ケ月前
その他の症状・補足	

現在治療中・過去にかかった病気	☐ なし ☐ あり (例: 高血圧、糖尿病、喘息、心臓病、脳梗塞、肝臓病、腎臓病、緑内障、前立腺肥大 など) 病名: _____ 治療を受けている (受けていた) 病院名: _____
服用中のお薬	☐ なし ☐ あり お薬の名前: _____ ★ お薬手帳をお持ちの方はご提示ください。
歯科治療でのトラブル歴	☐ なし ☐ あり 内容: _____
アレルギー (病気・食物・薬剤)	☐ なし ☐ あり アレルギー: _____ (合わなかった食べ物・お薬の名前と症状)
嗜好品 (喫煙・飲酒)	喫煙: () 年前から () 本 / 日 飲酒: () 年前から 種類: _____ () 杯 / 日
女性の方へ	現在、妊娠中ですか? ☐ いいえ ☐ はい (ケ月) ☐ 不明 ☐ 授乳中
ご来院のきっかけ	☐ 家の近く ☐ 会社の近く ☐ インターネット (Google / マップ / HP) ☐ パンフレット ☐ 新聞・雑誌記事 ☐ ご家族からの紹介 ☐ 知人からの紹介 ☐ 病院からの紹介 (病院名: _____)

【問診票】 記入日: ____ 年 ____ 月 ____ 日

(発熱外来用)

お名前 ふりがな	ふりがな: _____ 氏名: _____	性別	☐ 男 ☐ 女
ご住所	〒 _____ - _____ _____		
生年月日	_____ 年 ____ 月 ____ 日 (西暦)	年齢	_____ 歳
連絡先	自宅: () _____ - _____ 携帯: () _____ - _____ メール: _____@_____	体重	_____ kg
ご職業	_____	体温	_____ . ____ °C
		医療従事者	☐ はい ☐ いいえ

保険・紹介状の確認	はい	いいえ
マイナンバーカード保険証による診療情報取得に同意されますか	☐	☐
この1年間に特定健診や高齢者健診を受診されましたか	☐	☐
他の医療機関からの紹介状をお持ちですか	☐	☐

【今日はどうされましたか？】 (発熱外来用) 該当する症状すべてに ☐ を入れてください	
全身症状	☐ 発熱 (____ . ____ °C) ☐ 倦怠感 ☐ 関節痛
頭部	☐ 頭痛
呼吸器	☐ 咽頭痛 ☐ せき
消化器	☐ 吐き気・嘔吐 ☐ 腹痛
その他	☐ その他 (下欄に記入)

いつ頃から症状がでましたか	☐ 本日 ☐ 昨日 ☐ () 日前 ☐ () 週間前 その他の症状: _____
検査希望	☐ あり ☐ なし ☐ 相談したい
検査種類	☐ PCR ☐ 抗原 ☐ インフルエンザ ☐ その他 (_____)

現在治療中・過去にかかった病気	☐ なし ☐ あり (例: 高血圧、糖尿病、喘息、心臓病、脳梗塞、肝臓病、腎臓病、緑内障、前立腺肥大 など) 病名: _____ 治療を受けている (受けていた) 病院名: _____
服用中のお薬	☐ なし ☐ あり お薬の名前: _____ ★ お薬手帳をお持ちの方はご提示ください。
歯科治療でのトラブル歴	☐ なし ☐ あり 内容: _____
アレルギー (病気・食物・薬剤)	☐ なし ☐ あり アレルギー: _____ (合わなかった食べ物・お薬の名前と症状)
嗜好品 (喫煙・飲酒)	喫煙: () 年前から () 本 / 日 飲酒: () 年前から 種類: _____ () 杯 / 日
女性の方へ	現在、妊娠中ですか? ☐ いいえ ☐ はい (ヶ月) ☐ 不明 ☐ 授乳中
ご来院のきっかけ	☐ 家の近く ☐ 会社の近く ☐ インターネット (Google/マップ/HP) ☐ パンフレット ☐ 新聞・雑誌記事 ☐ ご家族からの紹介 ☐ 知人からの紹介 ☐ 病院からの紹介 (病院名: _____)