

# 問診表(内科)

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

フリガナ  
氏名

生年月日 T・S・H・R 年 月 日  
身長 ( cm) 体重 ( kg) 体温 ( °C)

以下の症状はありませんか

37度以上の熱 のどの痛み

鼻水 咳 体がだるい

新型コロナウイルス陽性者と

2週間以内に接触はありましたか

はい いいえ

今日はどうされましたか

- |                             |                                |                                |                              |                                |                               |
|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 熱  | <input type="checkbox"/> のどの痛み | <input type="checkbox"/> 鼻水    | <input type="checkbox"/> 咳   | <input type="checkbox"/> 痰     | <input type="checkbox"/> 息苦しい |
| <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> ふらつき  | <input type="checkbox"/> めまい   | <input type="checkbox"/> 耳鳴り | <input type="checkbox"/> 体がだるい |                               |
| <input type="checkbox"/> 腹痛 | <input type="checkbox"/> 胃の痛み  | <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 | <input type="checkbox"/> 下痢  | <input type="checkbox"/> 便秘    |                               |
| <input type="checkbox"/> 動悸 | <input type="checkbox"/> 胸の痛み  | <input type="checkbox"/> その他   |                              |                                |                               |

その症状はいつからですか

現在治療中の病気はありますか はい いいえ

⇒ 病名 ( )

医療機関名 ( )

薬 ( )

※お薬手帳をお持ちの方は

ご提出ください

今までに病気やケガで手術を受けたことはありますか はい いいえ

⇒ いつ 病名 医療機関

( ) 歳 ( ) ( ) 治療中・治癒

( ) 歳 ( ) ( ) 治療中・治癒

薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか はい いいえ

⇒

タバコは吸われますか

はい ⇒ 1日 ( ) 本 何歳から吸われていますか ( ) 歳

昔吸っていた ⇒ ( ) 歳 ~ ( ) 歳

いいえ

お酒は飲まれますか はい いいえ

⇒ 1日どのくらい飲まれますか

◎女性の方のみお書きください

妊娠していますか また、その可能性はありますか はい いいえ

授乳中ですか はい いいえ