

I D \_\_\_\_\_

来院日 \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_

性別 ( 男 ・ 女 )

生年月日 (明・大・昭・平) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ご住所 〒 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

携帯番号 \_\_\_\_\_

勤務先名 \_\_\_\_\_

勤務先電話番号 \_\_\_\_\_

緊急連絡先 (続柄 : \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

※ **裏面の記入もお願いします。**

# 問 診 票

お名前 \_\_\_\_\_ ( 歳)

- 今回受診される症状を具体的に (いつから・どこが・(何をして) どんな具合か) 記入してください。

## 【 発熱・咳・下痢・嘔吐 等の症状のある方にお伺いします 】

- ① あなたのまわりに感染性の病気の方がいますか。( はい ・ いいえ )  
「はい」と答えた方・・・( 病名 : \_\_\_\_\_ )
- ② 渡航歴 ( なし ・ あり → 月 日まで 国名 : \_\_\_\_\_ )

- そのほか現在かかっている病気はありますか。( あり ・ なし )

ある場合 [ 病 名 : \_\_\_\_\_  
病 院 名 : \_\_\_\_\_ ]

- いつも飲んでいる薬があればご記入ください。お薬手帳があれば結構です。

- 今までにかかった大きな病気、手術があればご記入ください。

- 血が止まりにくかったり、そんな体質と言われた事がありますか。( あり ・ なし )

- 今まで薬や注射で発疹や異常があった事がありますか。( あり ・ なし )

ある場合 [ 薬品名等 : \_\_\_\_\_ ]

- 薬以外にアレルギーはありますか。( いいえ ・ はい → 何の \_\_\_\_\_ )

- お酒を飲みますか。( いいえ ・ はい → 1 日量 \_\_\_\_\_ )

- たばこを吸いますか。( いいえ ・ はい → 1 日 \_\_\_\_\_ 本 )

- 【女性の方に】妊娠はしていますか。( している ・ していない ・ わからない )

【血圧】 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg ・ 【体温】 \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ °C

【身長】 \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ cm ・ 【体重】 \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ kg (体重・血圧は待合室で測定できます)