

# 問診票（大人）

TEL:	メーカー:	車種:	色:	No:	
★ひらがなで記入して下さい。		生年月日	明・大・昭・平		
なまえ			年	月	日生（満 歳）
体温	℃	待合自動血圧測定	/	脈拍:	体重 kg

1. 本日はどうされましたか

初診    予約再診    転医（病院名: \_\_\_\_\_）栄養指導希望    薬切れ

【自覚症状】

<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> のど痛	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 痰	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> 発疹・かゆみ	<input type="checkbox"/> 物忘れ	<input type="checkbox"/> ケガ
<input type="checkbox"/> 意識状態が悪い							
<input type="checkbox"/> 息切れ	喘鳴（ゼーゼー） ・ 息苦しい（呼吸困難）						
<input type="checkbox"/> 痛みの場所	（ 頭 ・ 胸 ・ お腹 ・ 関節 ・ その他: _____ ）						
<input type="checkbox"/> 腹部症状	吐き気    嘔吐    胃もたれ    便秘    下痢    その他（ _____ ）						
<input type="checkbox"/> 尿の異常	出が悪い    頻尿    排尿時痛    その他（ _____ ）						
<input type="checkbox"/> 健診で異常指摘	（ _____ ）						
<input type="checkbox"/> その他	（ _____ ）						

●いつからですか

●1で答えた内容について詳しく教えてください

●思い当たる原因はありますか

●周囲で体調を崩している方はいらっしゃいますか

なし ・ あり

（誰が: \_\_\_\_\_ 症状: \_\_\_\_\_）

2. 1か月以内に入院治療を受けたことがありますか

いいえ ・ はい

（病名: \_\_\_\_\_）

3. 内服中の薬はありますか

いいえ ・ はい （薬名: \_\_\_\_\_）

（病院名: \_\_\_\_\_）

4. お薬手帳    ある ・ なし

お薬手帳がある方は受付へお出してください

5. 女性の方のみお答えください

妊娠中ですか    （ いいえ ・ はい    [ \_\_\_\_\_ ヶ月]）

授乳中ですか    （ いいえ ・ はい    ）

6. ご質問やご不明な点などがありましたらお書きください

**【新型コロナウイルス関連問診】**

① 1ヶ月以内の旅行    ある    なし  
（どこに: \_\_\_\_\_）

② 家族や周囲の発熱    ある    なし  
（誰: \_\_\_\_\_）

③ 家族や周囲のコロナ陽性者  
ある    なし    （誰: \_\_\_\_\_）

④ 他県への出張    ある    なし  
（どこに: \_\_\_\_\_ 誰: \_\_\_\_\_）

⑤ 仕事で他県の方と会うか    ある    なし  
（県: \_\_\_\_\_）

⑥ 味覚・嗅覚に異常?    ある    なし

⑦ 強いだるさ（倦怠感）ある    なし