

問診票（初診）

体温： °C

フリガナ			生年月日	性別
氏名			大正 昭和 年 月 日 平成 令和 (歳 ヶ月)	男・女
住所	〒		電話番号	自宅・携帯 - -
* 車で待機の方のみ	車種：セダン・ワゴン・軽	車の色：	車のナンバー：	

○ 本日はどのような目的で受診されましたか？

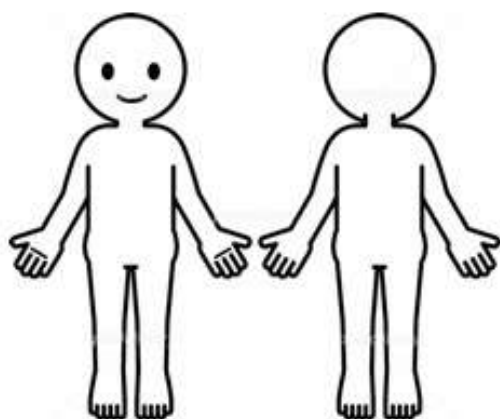
- 診察 検査 ケガの処置

お子様の場合

体重： Kg

○ 下記の症状がある方は下の欄へチェックし、いつからの症状かご記入ください。

* 症状がある箇所に○をつけてください



- 頭が痛い (月 日から)
- 熱がある (月 日から、最高 度)
- のどの痛み (月 日から)
- 鼻水がでる (月 日から)
- 【色】 透明・黄色・緑色
- 【性状】 サラサラ・ねばねば
- 咳がでる (月 日から)
- 痰がでる (月 日から)
- 息苦しい (月 日から)
- お腹が痛い (月 日から)
- 【排便】 普通・固い・軟便・下痢
- 吐き気がする (月 日から)
- 吐いた (月 日から)
- 味がしない・匂いがしない (月 日から)
- 皮膚症状 (月 日から)
- 【赤みがある・ブツブツがある・かゆみがある】

* その他の症状があればご記入ください。

○ 家族や学校、職場など、周囲で流行している病気はありますか？

なし・あり (病名：)
→ ありの場合 家族・保育園・幼稚園・小 / 中学校・高校・大学・職場

○ 現在治療中の病気や今までにかかった病気で長く通院したり入院したことがあれば記入してください。

(例：熱性けいれんや喘息 など)

年齢	病名	期間	病院名

○ アレルギーの有無

くすり (あり・なし) (具体的に：))
食べもの (あり・なし) (具体的に：))
その他 (あり・なし) (具体的に：))

○ 現在 内服しているお薬はありますか？

なし・あり ()
→ 本日 お薬手帳は持参していますか？ はい・いいえ

* 本日処方される内服薬は、後発薬品(ジェネリック)を希望されますか？ はい・いいえ

○ 女性の方にお尋ねします。

現在 授乳中 ・ 妊娠中 (月 もしくは 週)

* ご記入 ありがとうございました。