

ふりがな				生年月日	明・大 昭・平	年 月 日	問診票
お名前	姓	名					

記入日：20 年 月 日

受診の理由 紹介(紹介状 あり なし)
 検診異常 検診・予防接種
 症状

症状についてお伺いします

いつ頃からですか？ (年 月 日頃より)

症状に当てはまるのを選んでください(複数選択)

① 全身・頭

- けん怠感 疲労感 体重減少
 発熱 ()℃
 頭痛 めまい 鈍重感 むくみ

② 眼・耳・鼻・のど

- 眼のかゆみ・充血 耳鳴り 鼻みず・鼻づまり
 鼻血 喉の痛み

③ 胸

- 胸痛 咳 痰 息切れ 血痰
 動悸 呼吸困難 いびき・無呼吸

④ おなか

- 腹痛 下痢 便秘 吐き気・嘔吐
 胸やけ 膨満感 血便 食欲不振

⑤ 皮膚

- 発疹・発赤 かゆみ じんま疹

⑥ その他

- 筋肉痛 麻痺・しびれ 失神 物忘れ
 尿の症状

⑦ 上記にない症状は下記にご記載ください。

アレルギーはありますか

- なし
 あり 薬 ()
 食べ物 ()
 その他 ()

新型コロナウイルス感染症疑いの方との接触の有無

- なし あり

現在またはこれまで治療した病気について

病名	年齢	治療した病院	治療内容
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

お薬(現在飲んでいるお薬を記載してください)

たばこについて

- 全く吸ったことない
 現在吸っている 過去に吸っていた
 1日()本 ()歳 ~ ()歳

今までやってきたお仕事について

職業名()
 ()歳~()歳まで

妊娠について(妊娠しているもしくは妊娠の可能性はありますか)

- いいえ はい

ご希望やご意見などが何かございましたら自由にご記載ください