

(ID : _____)

記入日: 年 月 日

問 診 票

氏名 (歳) 性別 (男 ・ 女) (受取者 : _____)

ご希望の科を○で囲んでください

内科 ・ 外科 ・ 整形外科 ・ 脳神経外科 ・ 健康診断後の受診
仕事上の傷病 ・ 交通事故 ・ その他(_____)

1. 今日はどうされましたか (自覚症状)

KT:	°C
P:	回/分
BP:	mmHg
SPO ₂	%

2. 症状はいつからですか (年 月 日 頃)

同じ症状で他の病院で検査や治療を受けたことがありますか

ない ・ ある (検査または治療方法: _____)

3. コロナワクチン予防接種を受けましたか はい ・ いいえ

1回目 年 月 日 接種済み ・ 予定

2回目 年 月 日 接種済み ・ 予定

4. 現在、何か病気で医師にかかっていますか

いいえ _____)

はい ・ その場合、治療 (投薬 など) を受けていますか

病名 _____

5. かかりつけ医がある方はご記入ください

病院名: _____ 担当医: _____

6. 今までにかかったことのある病気や入院・手術の経験がある方はご記入ください。

病名 (歳頃) 病名 (歳頃)

病名 (歳頃) 病名 (歳頃)

病名 (歳頃) 病名 (歳頃)

7. 食べ物や薬のアレルギーはありますか

ない ・ ある (食品: _____ 薬品: _____)

8. 生活習慣について教えてください

・ 喫煙していますか

いいえ ・ はい (本 年) ・ 禁煙した (禁煙後 年)

・ アルコールは飲みますか

いいえ ・ はい 量はどのくらいですか? 毎日 (/日) ・ 時々

9. おくすり手帳をお持ちの方はご準備ください

10. 女性のかたへ 現在 妊娠中ですか

(はい ・ いいえ ・ 不明 ・ 授乳中)