

池袋・長崎 休日診療所 初診問診票（成人用）

私達スタッフは、患者さん1人1人が、スムーズに診療を受けられるように努力しております。問診票は、あなたの診療のための大切な参考資料です。あなたのプライバシーは個人情報保護法に基づき厳守いたしますので、できるだけ正確に記入して下さい。

ふりがな

名前 _____ 男・女 _____ 生年月日 _____ 年 月 日生 才 _____

☆ 今までに当診療所を受診されたことはありますか

・はい () 頃 ・ いいえ

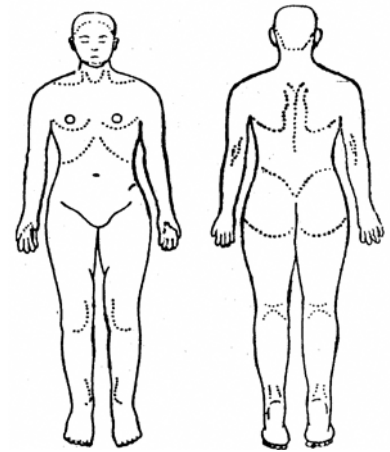
1, 今日は、どうなさいましたか？

- ① 家でのお熱は何度でしたか () 度
- ② 来院時のお熱は何度ですか () 度
- ③ どこがどのように具合が悪くていらっしゃいましたか

[]

[言葉で表現しにくい場合は右の図に○を付けて下さい]

- ④ それは、いつ頃から始まりましたか？ _____
- ⑤ そのために、他の病院にかかりましたか？ ・いいえ ・はい
 ・いいえ ・はい → 病院名 ()
 病名 ()
 (薬を飲んでいる・注射をしている・他)
- ⑥ またはそのために市販の薬を飲みましたか？ ・いいえ ・はい



※必ずお答えください。

★家族・周囲に発熱者はいますか
 ・ いいえ ・ はい

★新型コロナウイルス陽性者・疑いの方との接触はありますか (COCOA アプリ含め)
 ・ いいえ ・ はい

2, ① 今までに何か病気をしたり、手術を受けたことがありますか？○をつけて下さい。

① なし ②糖尿病 ③心臓病 ④肝臓病 ⑤喘息 ⑥腎臓病 ⑦てんかん ⑧けいれん ⑨結核
 ⑩がん ⑪脳梗塞 ⑫脳出血 ⑬ () で手術をした ⑭その他 ()

- ② そのための治療を受けましたか？
 ・はい → 治療の内容を記入して下さい ()
 ・いいえ ・その他 ()

3, 今までに薬や食物でアレルギーを起こしたことがありますか？

・いいえ ・はい → それは何ですか？ ()

4, 服薬中のお薬はございますか？

・いいえ ・はい → (薬剤名:)

5, ※女性の方にお伺いします

月経は ・順調 ・不調
 妊娠は ・している () ヶ月 ・していない ・わからない
 授乳は ・している ・していない

※おくすり手帳をお持ちの方は診察時にお出し下さい

ご協力ありがとうございました。