

体温	℃
体重	kg

# 問 診 票

令和 年 月 日

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 性別 ( 男 ・ 女 )

生年月日 ( 大・昭・平・令 ) 年 月 日

携帯電話 ( \_\_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_ 市・郡 \_\_\_\_\_ 町 \_\_\_\_\_

次のことについて、ご記入ください。

① 今月、彦根休日急病診療所にかかったことがありますか。【 はい ・ いいえ 】

② 数日以内に具合の悪い人と接触しましたか。【 はい ・ いいえ 】

「はい」の方は、病名がわかればお答えください。

新型コロナウイルス感染症 ・ インフルエンザ ・ 溶連菌感染症 ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

③ 今ある症状は何ですか。

発熱 (最高 \_\_\_\_\_ ℃) ・ 咳 ・ 鼻水 ・ 痰 ・ 喉の痛み ・ 味覚異常 ・ 嗅覚異常  
腹痛 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ 関節痛 ・ 倦怠感 ・ 寒気 ・ 頭痛 ・ 発疹

(その他)

それはいつからですか。(例：1日前、2～3日前、○月○日から、1か月前など)

\_\_\_\_\_ 日前から ・ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から ・ \_\_\_\_\_

※新型コロナウイルスの抗原検査キット(陽性判定済)は持参していますか。【 はい ・ いいえ 】

※新型コロナウイルス・インフルエンザの検査を希望しますか。【 はい ・ いいえ ・ わからない 】

④ 今までに薬を飲んだり食べ物で気分が悪くなったり、湿疹が出たこと(アレルギーなど)がありますか。

【 はい (薬剤名等： \_\_\_\_\_ ) / (症状： \_\_\_\_\_ ) ・ いいえ 】

⑤ 治療中の病気や経験した大きな病気はありますか。【 はい ・ いいえ 】

「はい」の方は、内容がわかればお答えください。

高血圧・糖尿病・高脂血症・狭心症・心筋梗塞・脳梗塞・がん・気管支喘息・緑内障・前立腺肥大

(その他： \_\_\_\_\_ )

⑥ 現在「くすり」を何か服用していますか。【 はい ・ いいえ 】

「はい」の方は、お薬手帳を活用していますか。【 はい(紙の手帳・電子のお薬手帳) ・ いいえ 】

※お薬手帳をお持ちでない方、電子のお薬手帳の方はお薬の内容をお書きください。

( \_\_\_\_\_ )

⑦ 飲めない「くすり」の種類は何ですか。【 錠剤 ・ 粉末 ・ カプセル ・ シロップ ・ 特になし 】

⑧ <女性の方>現在「妊娠」していますか。【 はい ( \_\_\_\_\_ ヶ月) ・ 可能性がある ・ いいえ 】

⑨ <女性の方>現在「授乳」していますか。【 はい ・ いいえ 】