

内科初診問診票

ふりがな

氏名：

男・女

生年月日： 年 月 日 年齢

歳

住所： 市

電話番号：

■本日ご受診された理由についてお聞かせください。

発熱（ . ）度

発熱にチェックをいれた方に伺います。

1)いつからですか？ 3日以内 日前にあったが1度よくなった。

2)そのときの熱は（ . ）度でした。

3)同居の家族で2週間以内にインフル・コロナと診断された方がいますか？ いない ・ いる

いると回答した方。罹患した疾病に☑をお願いします。 インフルエンザ コロナ

罹患した方と罹患した日にちをお答えください。誰() いつ()

頭痛 めまい・ふらつき しびれ 胸痛 息切れ 動悸

腹痛（部位： ） 背部痛 むねやけ

食思不振 嘔気・嘔吐 下痢 便秘 腹部のはり 口渇 むくみ

頻尿 排尿時痛 倦怠感 不眠

体重増減…増えた ・ 減った（およそ ヶ月・ 年で、およそ kg）

その他（ ）

■上記でチェックをいれた症状はいつからありましたか？

今日 昨日 2日前 3日前 4日以上前（およそ 位前）

断続的でちょっとわからない その他()

■現在治療している病気について伺います。

1)病名についてあてはまるものをお教えてください。

特にない 以前かかっていたが今は治療をしていない

糖尿病 高血圧 脂質異常 心疾患 不整脈 腎臓病 肝臓病

脳出血・脳梗塞 喘息・呼吸器疾患 前立腺肥大 アレルギー疾患

癌（種類 ） その他（ ）

2)現在服用中のお薬はありますか？

ない ある お薬名：※お薬手帳の提示でも結構です。()

■お薬や食べ物のアレルギーはありますか？

ない ある（お薬や食べ物名： ）

■お酒は飲みますか？

まったく飲まない めったに飲まない たまに飲む ほぼ毎日飲む

■たばこは吸いますか？

吸っていない 以前は吸っていたがやめた 吸っている

■女性の方に伺います

現在妊娠していますか？ していない している わからない

授乳中ですか？ はい いいえ

最終月経 ない 年 月 日

ご協力ありがとうございました。受付にご提出ください。

職員記入欄

インフル：+・- 溶連菌：+・-

コロナ：+・- PCR：+・-

待機場所：自宅・正面駐車場・第2駐車場