待機室用　問診票

のばら内科クリニック

カルテNO.
日　　付

お名前	フリガナ	男・女・その他	生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日（西暦　　年）（　　才）
住　所	〒			
電　話	自宅・携帯　　（　　）			

来院時の体温

1. どのような症状で受診されましたか？

□ 発　熱（　　度）　□ のどの痛み　□ セキ　□ タン　□ 鼻水　□ くしゃみ　□ 息苦しさ　□ 全身倦怠感

□ 味覚障害　□ 頭痛　□ 関節痛　□ 腹痛　□ 下痢　□ 吐き気　□ 嘔吐　□ その他（　　）

2. その症状はいつごろからですか？

3. 家族・会社・学校などで インフルエンザやコロナの方はいますか？

いいえ　・　はい（　インフルエンザ　・　コロナ　）

4. 以下の予防接種はしていますか？

・ インフルエンザワクチン　　いいえ　・　はい（　　年　　月頃）

・ 新型コロナワクチン　　いいえ　・　はい（　　年　　月頃）

5. アレルギーについて『はい』の方は反応のでるお名前をお書きください。

・ 薬のアレルギー　　いいえ　・　はい（　　）
・ 食べ物のアレルギー　　いいえ　・　はい（　　）
・ その他のアレルギー　　いいえ　・　はい（　　）

6. 両親・兄弟・子ども・祖父母の中で以下の病気の方はいますか？

□ 高血圧　□糖尿病　□ 脂質異常症　□ がん　□ 脳卒中　□ 心筋梗塞

7. タバコは吸いますか？

□ 吸わない　□ 吸う（1日　　本）　□ 過去に吸っていた（　　才から　　才まで 1日　　本位）

8. お酒は飲みますか？

□ 飲まない　□ 飲む（下記にお答えください）

『飲む』方 …（1回量）□ 1合以下　□ 2～3合　□ 4合以上
（頻度）□ ほぼ毎日　□ 週2～3回　□ 月に数回　□ それ以下

9. 女性の方に

現在 妊娠していますか？　　いいえ　・　はい（　　週目）
現在 授乳中ですか？　　いいえ　・　はい

10. 当医院をどのようにお知りになりましたか？（複数回答可）

□ 栗原医院がかかりつけ　□ インターネット　□ チラシ　□ 表の看板　□知り合いから　□ 家族から
□ 自宅が近い　□ 他医院から（　　）　□ その他（　　）

11. インフルエンザ および コロナの検査を希望しますか？

いいえ　・　はい