

待機室用 問診票

のぼら内科クリニック

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. 薬のアレルギーはありますか？ 『はい』の方は薬品名をお書きください。

いいえ ・ はい (薬品名)

6. 基礎疾患(高血圧・糖尿病・心疾患・呼吸器疾患など)はありますか？ 『はい』の方は疾患名をお書きください。

いいえ ・ はい (疾患名)

7. 今、何か薬を服用していますか？ 『はい』の方は薬品名を教えてください。

いいえ ・ はい (薬品名)

8. 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)

9. 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

10. 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

11. 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()

12. 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