

初診用問診票	受診日：令和 年 月 日
ご住所：〒	
お電話番号 ()	
ふりがな	
お名前	男・女 生年月日： 年 月 日

○印をつけてください。

1. あなたは食物や飲食で皮膚にじんましんや湿疹ができたことがありますか。

ない	ある	食物(飲食)の名	
----	----	----------	--

2. あなたは注射や薬をのんで、じんましんやショックや気分が悪くなったことがありますか。

ない	わからない	ある	ピリン	ペニシリン	ますい薬	その他
----	-------	----	-----	-------	------	-----

3. あなたは今まで次の病気にかかったり又は手術をしたことがありますか。

ない	ある
----	----

ぜんそく、じんましんなどのアレルギー疾患、心臓病、脳卒中、腎臓病、糖尿病、高脂血症、高血圧症、結核、リウマチ、胃腸病、ガン、血液病、膠原病、その他

手術したことがあればその病名	
----------------	--

4. あなたや親兄弟などで上記の病気にかかった人はいますか。

いない	いる	病名	
-----	----	----	--

5. あなたは最近又は現在、他のお医者さんにかかっていますか。

いない	いる	病名	
-----	----	----	--

6. 新型コロナ感染症関連の質問です。発熱がある方はお答えください。

最近海外へ行かれましたか	ある	なし	新型コロナ感染症の方との接触	ある	なし
味や臭いの異常	ある	なし	強いだるさや、息苦しさ	ある	なし
保健センターへの連絡	ある	なし			

7. 本日はどのようなことでお見えになりましたか。いつから、どのような症状があったか詳しくお書きください。発熱がある方は右の熱計表をお書きください。

例 1/1	7:00	37.8

紹介状・健康診断結果・お薬手帳をお持ちですか。(はい・いいえ)

コピーさせて頂いてよろしいですか。(はい・いいえ)