問　診　票

令和　　年　　月　　日

ふりがな		性 別	生年月日	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令		年 齢
お名前		男 ・ 女		年　　月　　日		
ご住所	〒　　ー		☎	自 宅		
				携 帯		
				緊急連絡先（ご本人様以外）	お名前　　続柄　（　　）	
					TEL	
ご利用の介護ステーション		担当ケアマネージャー　TEL				

● 今日はどのようなことで来院されましたか？

体温　　℃　　小学生以下のお子様　体重　　kg

発熱 ・ せき ・ 鼻水 ・ のど痛 ・ 頭痛 ・ 胃痛 ・ 腹痛 ・ 嘔吐 ・ 吐き気 ・ 下痢 ・ 便秘

心臓 ・ 血圧 ・ めまい ・ むくみ ・ 尿 ・ 糖尿病 ・ 皮膚症状(　　)

健診の再検査 ・ 予防接種 ・ 他院からの紹介 ・ その他(　　)

● 症状が出たのはいつからですか？

● 新型コロナワクチンは接種しましたか？　「はい」の方は接種日、メーカーもご記入ください。

い い え ・ は い

	1回目	2回目	3回目
接 種 日			
メーカー			

● 今までに大きな病気や入院、手術をしたことはありますか？

な　い ・ あ　る　（　　）

● アレルギーはありますか？

な　い ・ あ　る　（　　）

● 飲み薬・注射等で具合が悪くなったことはありますか？

な　い ・ あ　る　（薬品名:　　症状:　　）

● 肝炎にかかったことはありますか？

な　い ・ あ　る　（ B型 ・ C型 ・ キャリア ）

● 現在、飲んでいるお薬はありますか？

な　い ・ あ　る　（　　）

● かかりつけの薬局はありますか？

な　い ・ あ　る　（ 薬局名:　　）

● アルコールは飲みますか？　いいえ ・ は い　（種 類:　　量:1日　　）

● たばこは吸いますか？　いいえ ・ は い　（喫煙歴:　　量:1日　　）

● 女性の方にうかがいます。

現在、妊娠していますか？　いいえ ・ は い　（　　ヶ月）・　可能性あり

現在、授乳中ですか？　いいえ ・ は い　（お子様の月齢　　）