

受付 番号	
----------	--

# 問 診 票

受診日 \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_

生年月日 平成・令和 年 月 日

\_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ 月 性別 男・女 体重 \_\_\_\_\_ kg

★最近体重を測っていない場合は、  
院内の体重計で計測して下さい。

## 1. 本日はどのような症状で受診されましたか？あてはまる項目にチェックをつけてください。

発熱 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から 最高 \_\_\_\_\_ °C 現在の熱 \_\_\_\_\_ °C

ぐったりしていますか？  はい  いいえ

咳 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から  コンコン  ゴホゴホ  ゼエゼエ  ケンケン

夜は寝られましたか？  はい  いいえ

鼻水 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から  水鼻  青鼻  鼻づまり

痛み \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から

頭  のど  耳の中  耳の下  その他 [ \_\_\_\_\_ ]

腹痛 最後に排便があった日は \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

吐き気 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から

吐く \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 時頃から \_\_\_\_\_ 回

水分はとれますか？  はい  いいえ

ぐったりしていますか？  はい  いいえ

下痢 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から  泥状  水様  すっぱいにおいがある  白色

発疹 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から

頭・顔  首  胸・おなか  手  背中  おしり  足

水ぼうそうにかかった事がありますか？  はい [ \_\_\_\_\_ 歳頃 ]  いいえ

その他の症状 ( \_\_\_\_\_ )

2. 現在、本日の症状または別の症状で他の医療機関を受診していますか？  はい  いいえ

3. 現在、薬を飲んでいますか「はい」とお答えの方は、診察室で医師にお薬手帳をみせてください。  はい  いいえ

4. ここ数週間で本人の周囲で流行している病気はありますか？  はい  いいえ

※『はい』とお答えの方、流行している病名をご記入下さい [ \_\_\_\_\_ ]

5. 最近、海外へは行きましたか？  はい [ 渡航先 \_\_\_\_\_ ]  いいえ

※住所・電話番号に変更のある方はご記入下さい。

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯番号 \_\_\_\_\_

<ご記入後は受付までお持ち下さい。>

田村クリニック 2