

かぜ問診票

記入日 _____

フリガナ		男・女	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
氏名				
ご連絡先	〒 -	体重(小児)		
	電話 () 携帯 ()			

1. 食べ物やくすりにアレルギーがありますか？ ある ない
(具体的に: _____)
2. 現在、他院で治療中の病気がありますか？ ある ない
おくすり手帳をお持ちでしたら、提出をお願いします。
(病名: _____ 内服薬: _____)
3. 今までに何か大きな病気や手術を受けたことがありますか？ ある ない
(具体的に: _____)
4. お薬は後発品を希望されますか？ する しない どちらでもよい
5. お薬の形の希望がありますか？ 粉薬 水薬 錠剤 カプセル
どれでも良い
- 以下、女性のみに質問です。
6. 妊娠しているまたは妊娠の可能性がありますか？ はい いいえ
7. 授乳中ですか？ はい いいえ

裏に続く

症状	詳細			
いつから調子が悪いですか？	___月___日		午前・午後から	
熱	なし	計っていない あり→ いつから？ ___月___日 午前・午後から ___月___日 最高___℃		
喉の痛み	なし	違和感程度	強い痛み	
せき	なし	日中	寝始め	睡眠中 明け方
鼻水・鼻詰まり	なし	透明	黄色	緑色 さらさら ねばっこい
たん	なし	透明	黄色	緑色 さらさら ねばっこい
味・においの異常	なし	あり		
息切れ	なし	あり		
体のだるさ	なし	あり		
関節痛・筋肉痛	なし	あり		
頭痛	なし	あり		
嘔吐（おうと）	なし	はきけ	嘔吐	1日___回
下痢（げり）	なし	水様	軟便	1日___回
<インフルエンザ>				
予防接種	していない	している		
まわりに	いない	いる		
検査希望	しない	する	医師と相談	
<新型コロナ肺炎>				
濃厚接触	なし	あり		
2週間以内に県外・	自分：	なし	あり	
国外から/へ移動	家族：	なし	あり	
(旅行・帰省・出張)	職場の人：	なし	あり	
密集した場所	行っていない	行った（冠婚葬祭・飲み会・夜の店など）		
デイサービス	行っていない	行った		
コロナ肺炎が心配？	いいえ	はい		
ご職業	（ _____ ）			

