問診票

診察日	年　月　日	体温	℃
(フリガナ) 氏名	男・女	生年月日	大正・昭和・平成 年　月　日（　歳）
自宅住所	〒　－ （自宅電話）　－　－	（職業・業務内容） （携帯電話）　－　－	
体重	kg		

1.いつ頃からどのような症状でお困りですか？

・症状のある部位を右の図で示してください　⇒

・いつ頃からですか。　頃から

・症状が出たきっかけ、原因はなんですか？

□原因不明　□その他（　）

□転倒・その他の外傷　□労災・交通事故

受傷日（　年　月　日）

内容（　）

・どのような症状ですか。

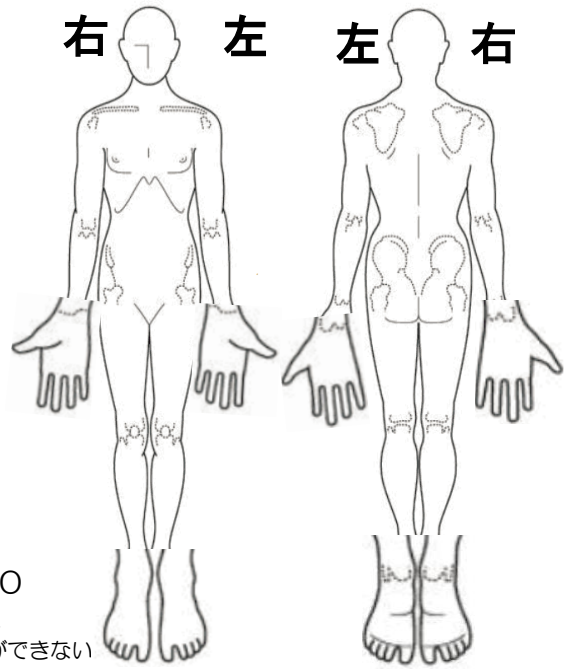
□痛い（安静時・動作時・起床時・就寝時）

性質（ズキズキ・ジンジン・鋭い・にぶい）

※どのような動作で痛いですか？（

□張りがある　□腫れている・熱がある　□しびれる

□違和感がある



2.現在の痛みやしびれの程度に○をつけてください。

0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10

痛みなし　少し痛い　痛い　とても痛い　我慢ができない

レントゲン撮影等診療前に検査をしてもよろしいですか？

（当院ではお待ち時間軽減ため問診票から院長の指示のもと診療前に検査をさせていただいています。）

□はい　□いいえ

麻酔（歯医者含む）で気分が悪くなったことがありますか？

□いいえ　□はい

注射、薬で副作用が出たことがありますか？
またどのような症状ですか？

□いいえ

□はい　（症状：　）

3.過去に手術を受けたことがありますか？

□いいえ　□はい（　）

4.体内に金属等はありますか？

□なし　□ステント　□ペースメーカー

□その他（　）

5.他病院で本日の症状について検査や治療を受けていますか？※「はい」の場合は受けた検査や使用した薬の名前をお書きください

□いいえ　□はい　（　）

6.今までに下記の病気、その他入院を必要とする病気にかかったことはありますか？

□なし　□喘息　□胃十二指腸潰瘍

□B型肝炎･C型肝炎(治療中･完治) □糖尿病　□心臓病

□緑内障　□前立腺肥大　□心臓病　□肝臓病　□脳梗塞

□その他（　）

7.現在服用している薬がございますか？

＊お薬手帳ございましたら、ご提出ください

□いいえ

□はい

（お薬の名前　）

8.妊娠の可能性はありますか？（女性の方のみ）

□いいえ　□妊娠の可能性がある

□妊娠中　□授乳中である

9.介護保険について（40才以上の方のみ）

・介護認定の有無　※「あり」の方は当てはまる数字に○をつけてください。

□あり　□なし　要支援　（　1　2　3　4　5　）

要介護　（　1　2　3　4　5　）

介護サービスは利用していますか？

□なし　□デイサービス　□デイケア

新型コロナウイルス感染症に関する問診票

記入日：令和　　年　　月　　日

患者名　　生年月日：　　年　　月　　日

1．本日の体温は何度ですか？（　　℃）
2．解熱剤、痛み止め剤などを使用していますか　□なし　□あり　薬剤名（　　）
3.新型コロナワクチンの接種を受けましたか？　□はい　□いいえ
（接種を受けたことがある場合　１回目：　　月　　日　２回目：　　月　　日
4．過去 14 日以内に、あなた自身は、<u>県外及び県内の流行地</u>に移動する機会がありましたか
□なし　□ある　移動した日　　月　　日　場所（　　）
5．過去 14 日以内に、県外在住の方（家族・友人）と濃厚接触がありましたか
□なし　□ある →□本人　□同居家族　□職場の人 接触した日　　月　　日　～　　月　　日まで　場所（　　）
6．過去 14 日以内に、多人数が集まる場所を訪れる機会がありましたか？
□なし　□ある →□本人　□同居家族　□職場の人 □ある →□会食　□コンサート　□カラオケ　□居酒屋　□スナック 訪れた日：　　月　　日
7．過去 14 日以内に、あなた自身に該当する症状にチェックしてください
□なし　□発熱　□のどが痛い　□せきがでる □息苦しい　□体がだるい　□嗅覚（におい）・味覚（あじ）異常 症状が発生した日：　　月　　日　～　　月　　日まで
8．過去 14 日以内の、<u>同居家族又は職場の人</u>に該当する症状にチェックしてください
□なし　□ある→□同居家族　□職場の人 □発熱　□のどが痛い　□せきがでる □息苦しい　□体がだるい　□嗅覚（におい）・味覚（あじ）異常 症状が発生した日：　　月　　日　～　　月　　日まで
9．**本日のあなた自身**に該当する症状にチェックしてください
□なし　□発熱　□体がだるい　□頭痛　□吐き気がある □息苦しい □その他（　　）

その他、気になることがございましたらご記入ください