

診療申し込み 問診票

☆この情報は診療目的以外に使用することはありません。

フリガナ		生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和
氏 名	(歳) (男 ・ 女)		
住 所	〒		
電 話	ご自宅 携帯 緊急連絡先 (名前・Tel)		

記入日 年 月 日 (代筆者名 続柄)

1. 本日受診することになった主な症状は

いつごろから？

どのような症状

2. お風邪の方のみお答えください(発熱・嘔吐・下痢・咽頭痛・鼻水・咳などの症状がある方)

(1) 周りに新型コロナやインフルエンザ、その他感染症にかかっている人がいますか？

(いる ・ いない ・ 不明)

*その方はどなたですか？

(2) ご自宅で、新型コロナやインフルエンザの抗原検査を実施しましたか？

(している ・ していない)

*検査日時 (年 月 日 時頃)

*検査名 (新型コロナ ・ インフルエンザ)

*結果 (陽性 ・ 陰性)

3. 1か月以内に海外渡航歴はありますか？(あり : 国名 ・ なし)

*それはいつごろですか？

4. 今までにかかった主な病気、けが、手術はありますか？(年月や病院名などわかれば記入)

裏面へ続く 

5. 現在内服中の薬はありますか？（ あり ・ なし ） お薬手帳がある方は提示あり→（薬の内容）

6. 今までに薬や食べ物に対するアレルギー（じんましんが出たり、気分が悪くなるなど）が、ありましたか？（ あり ・ なし ）

*あり→ 薬や食べ物などの種類

7. 女性の方へ

*現在妊娠は？（ している か月 ・ していない ）

*出産後の方（ 生後 ） 授乳（ している ・ していない ）

8. 20歳以上の方へ 酒やタバコの1日量は？過去も含めてお答えください

(1) 飲酒（ している ・ していた ・ しない ）

*日本酒 合 ビール 本 その他の酒類 本

(2) 喫煙（ 吸っている ・ 吸っていた ・ 吸わない ）

* 1日 本

(3) 過去の場合は何年前までですか？ 酒類 年前 タバコ 年前

9. 介護保険証をお持ちの方へ 介護度認定を受けている場合はご提示ください

* 介護度

* サービスを受けている方はサービス内容とケアマネージャーさんをお知らせください

10. 身体障害者手帳や自立支援、特定疾患などの認定を受けている方へ

お手帳などをご提示ください

* 障害 級 認定月日

* 疾患名

11. 外国籍・もしくは出身が日本以外の方へ

出身国・国籍 公用語

日本語は話せますか？（ はい ・ いいえ ）

その他
