

# 問診票

ID:

ふりがな

お名前

\* 今回の受診理由に○または✓をつけてください。

- ① ( ) 体調が悪い → ★1へ
- ② ( ) 検査のご希望 → ★2へ
- ③ ( ) 健康診断後の再検査・評価
- ④ ( ) 睡眠時無呼吸症候群の検査・治療のご希望
- ⑤ ( ) ワクチンの希望
- ⑥ ( ) 健康診断

● 受診時体温： \_\_\_\_\_ °C

★1 今回の症状に○と発症時期をご記入ください。

- ( ) 発熱： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ から。何°Cまで出ましたか？ \_\_\_\_\_ °C
- ( ) のどが痛い： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ から。
- ( ) せき： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ から。
- ( ) 痰： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ から。色は \_\_\_\_\_ 色である。
- ( ) 息苦しさ： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ から。
- ( ) 鼻水： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ から。色は \_\_\_\_\_ 色である。
- ( ) 鼻詰まり： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ から。
- ( ) 腹痛： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ から。
- ( ) 吐き気： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ から。( ) 吐いてしまった。回数は？ \_\_\_\_\_ 回。
- ( ) 下痢： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ から。
- ( ) 便秘： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ から。
- ( ) 頭痛： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ から。
- ( ) その他：どんな症状ですか？ ( \_\_\_\_\_ )  
いつからですか？ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ から。

★2 ご希望の検査に○をつけてください。

レントゲン検査 ・ CT検査 ・ アレルギー検査(採血) ・ 尿検査  
インフルエンザ検査 ・ 溶連菌検査 ・ 新型コロナウイルス関連(抗体検査・唾液PCR検査)  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

\* 女性の方へ、該当に○または✓をつけてください。

( ) 妊娠中： \_\_\_\_\_ 週 ( ) 授乳中： \_\_\_\_\_ ヶ月 ( ) どちらでもない

ご記入ありがとうございました。お薬手帳や検査データ等ありましたら一緒に窓口へご提出ください  
のぎきはちまん前内科