

問 診 票

(下記の項目について記入もしくは○で囲んでください。)

ふりがな			男	大・昭・平・令	年	月	日生	歳
お名前			女	被保険者（世帯主）との続柄				
ご住所	〒		電話 ()					
お勤め先 学 校 幼稚園等	名称							
	住所	〒		電話 ()				
身長	cm	体重	kg	体温	℃			

1. どうなさいましたか？

耳	どちらのみみが → 右、左、両方 痛い かゆい みみなり 聞こえが悪い つまった感じ 耳だれ みみあか 自分の声がひびく その他 ()
鼻	鼻づまり 鼻汁（どろどろ 水ばな） くしゃみ かゆい 痛い 鼻血 においがしない はながくさい 鼻汁がのどにおちる その他 ()
のど	痛い せき たん 声がかすれる イガイガする 口が乾く 魚の骨 物がうまく飲み込めない 舌が荒れる 味がしない 息苦しい いびき 寝ているときに呼吸がとまる のどに何かつまっている感じ その他 ()
その他	発熱 頭痛 動悸 腹痛 はきけ 便秘 下痢 尿の異常 目がかゆい めまい その他 ()

2. いつ頃からですか？ ____（日、週間、ヶ月、年）前から

3. 今までにどんな病気にかかりましたか？

ない ある→ アトピー性皮膚炎 気管支喘息 じんましん 心臓病 高血圧 肝炎 糖尿病 高脂血症
腎臓病 結核 胃潰瘍 脳梗塞 けいれん発作（ひきつけ） その他 ()

4. 今までに飲み薬や注射・麻酔で具合が悪くなったことがありますか？

ない ある→ どんな薬ですか？

5. 今までに手術をうけたことがありますか？

ない ある→ ちくのう症 中耳炎 こまく切開 へんとうせん アデノイド
胃潰瘍 癌 結核 心臓 その他 ()

6. 現在、他の病気で通院していますか？

いいえ はい→ どんな病気ですか？

どんな薬をのんでいますか？

7. 女性の方にうかがいます

妊娠していますか？ いいえ わからない はい→ () ヶ月

授乳中ですか？ いいえ はい

8. 成人の方にうかがいます

タバコをすいますか？ いいえ はい-1日 本 年間

お酒をのみますか？ いいえ はい-1日 合 年間

もしあなたの病気が悪性の場合、告知を希望しますか？ いいえ わからない はい

はいの場合→ 本人に 家族に

かぜ症状（鼻水、咳、のどの痛み、熱など）ある方は裏面も御記入ください。

かぜ症状（鼻水、咳、のどの痛み、熱など）ある方は以下も御記入ください。

お熱に関して

1週間以内に発熱がありましたか？

いいえ はい→ 最高体温： °C 始まった日： 月 日 平熱にもどった日： 月 日

解熱剤や風邪薬を飲んでいますか？

いいえ はい→ いつから： 月 日 薬の名称： _____

1週間以内に同居者で発熱している（いた）方がいますか？

いいえ はい→ 祖父母 父母 兄弟姉妹 妻 夫 子ども 他具体的に _____

新型コロナに関して

新型コロナに感染した事がありますか？

ない ある→ いつ： 年 月頃

新型コロナのワクチンをした事がありますか？

ない ある→ 回数： 回接種 最後に受けた日： 年 月 日頃

1週間以内に感染者と接触がありましたか？

ない ある→ 感染者：（同居者 入居施設 職場 学校 保育施設 会食 イベント その他）

1週間以内にコロナの検査を行いましたか？

いいえ はい→ いつ： 月 日 検査の種類：（PCR 抗原） 結果：（陰性 陽性 検査中）
どこで：（自主検査 病院 クリニック）

インフルエンザに関して

インフルエンザに1年以内に感染しましたか？

いいえ はい→ いつ： 年 月頃 種類：（A型 B型 不明）

インフルエンザのワクチンを1年以内にしましたか？

いいえ はい→ 回数： 回接種 最後に受けた日： 年 月 日頃

1週間以内に感染者と接触がありましたか？

ない ある→ 感染者：（同居者 入居施設 職場 学校 保育施設 会食 その他）