

風邪症状問診票

記入日 年 月 日

フリガナ
氏名： 【男・女】 S・H・R 年 月 日 職業
〒 住所： 電話番号：
身長 cm 体重 kg

1.当てはまる症状にチェックをし、つらさの度合いに○をつけて下さい。

発熱：	発熱（	℃：	時間前から／	日前から）	
☐ だるさ	軽い				ひどい（いつから）
☐ 関節痛	軽い				ひどい（いつから）
☐ 筋肉痛	軽い				ひどい（いつから）
呼吸器： ☐ 喉の痛み	軽い				ひどい（いつから）
☐ せき	軽い				ひどい（いつから）
☐ たん	軽い				ひどい（いつから）
☐ 鼻水	軽い				ひどい（いつから）
☐ 息苦しさ	軽い				ひどい（いつから）
消化器： ☐ 吐き気	軽い				ひどい（いつから）
☐ 腹痛	軽い				ひどい（いつから）
☐ 下痢	軽い				ひどい（いつから）
☐ 嘔吐	軽い				ひどい（いつから）

・上記以外の症状はありますか？それはいつからですか？
〔 〕

・上記症状の中で1番つらい症状はありますか？
〔 〕

2.ご家族や職場で同じような症状の方はいますか？

☐ はい
☐ いいえ

3.今回の症状で医療機関は受診されましたか？

☐ はい 医療機関名：
☐ いいえ 診断：

4.現在治療中、または過去にかかった病気・手術はありますか？

☐ あり 病名：（才）治療中・手術
☐ なし 病名：（才）治療中・手術

5.現在お飲みになっている薬はありますか。（お薬手帳をお持ちの場合は受付にお出しください。）

☐ あり 薬剤名：
☐ なし

6.アレルギーはありますか？ 有る方は該当する種類にチェックをして種類と症状をご記入ください。

☐ あり ☐ 薬 ☐ 食べ物 ☐ 造影剤 ☐ その他
☐ なし 種類(症状)：

7.タバコ：☐ 吸わない ☐ 過去に吸っていた（才まで） ☐ 吸う（本/日 喫煙歴 年）

8.お酒：☐ 飲まない ☐ 飲む（回/週）〔種類〕

9.現在、妊娠されていますか？ ☐ はい ☐ いいえ （授乳中ですか？ はい：いいえ）