

## おとなの問診

体温 \_\_\_\_\_ ℃ (熱のある方のみ)

### 前回のつづきで受診 (再診の方のみ)

※再診で症状が変わらない方は、以下は記入不要です

#### ・本日はどうされましたか (該当するものすべて)

発熱  せき  鼻水  のどの痛み  関節痛  頭痛・めまい  胸痛

動悸・息ぎれ  腹痛  おう吐・下痢  健診結果の相談  皮膚の症状

その他 具体的に

#### ・主な症状はいつからですか

今日  昨日  2～3日以内  1週間以内  1ヶ月以内  1ヶ月以上

#### ・これまでににかかったご病気はありますか

いいえ  はい 具体的に

・タバコ  吸ったことがない  かつて吸っていた  現在吸っている

・いま飲んでいるお薬はありますか  いいえ  はい

薬品名／病院名 \_\_\_\_\_

・処方の際、希望されるお薬はありますか（ご希望にそえない場合もございま

す）  特になし  はい 具体的に \_\_\_\_\_

・アレルギー  なし  あり

具体的に \_\_\_\_\_

・妊娠中・授乳中の方（該当する方のみ）  妊娠中  授乳中

・当院を知ったきっかけをお教えてください（複数回答可）

近所・通り掛り  家族・知人からの紹介  職場が近い  ホームページ

駅看板  チラシ  その他

☆発熱（37.5度以上）がある方へ 当院では、感染管理・待ち時間の短縮を目的として、「医師の診察前」にインフルエンザ検査をお願いしております。ご面倒をおかけ致しますが、希望されない方は、下にチェックをお願いいたします。

希望しない

・その他お伝えしたいことがございましたらご記入ください

---