

記入日： 年 月 日 記載

フリガナ

お名前： : 歳

生年月日： 明治・大正 昭和・平成 年 月 日

スタ ツ フ 記 入	T	=	
	P	=	
	BP	=	/
	Sat	=	%

【問診票】 記載および該当項目に○をつけてください

(1) 身長： cm 体重： Kg

(2) どうなさいましたか。
 どのような症状ですか ()
 右記症状はありますか (① 発熱 (°C) ② 吐き気・嘔吐 ③ 下痢)
 いつからですか ()

(3) 薬物・食物・その他 アレルギーはありますか。
 無 ・ 有 ()

(4) 現在、何かお薬を飲んでいますか。
 無 ・ 有 ()

(5) 今までに大きな病気・手術・輸血を受けたことはありますか。
 無 ・ 有 ()

(6) ご家族に大きな病気をされた方はいらっしゃいますか。
 無 ・ 有 ()

(7) タバコを吸う習慣はありますか。
 無 ・ 有 (本/日、 年間、 もしくはたまに喫煙する)

(8) 飲酒はされますか。
 する ・ しない

頻度	⇒	毎日	・	日間/週	・	時々
種類	⇒					
量	⇒	/日				

(9) ご自分あるいはご家族の中で、ここ1ヶ月以内に海外への滞在・帰国歴がございますか。
 無 ・ 有 (下記以外の海外国：)
 右記国に該当する場合は (ギニア・リベリア・シエラレオネ・中東(イラン・イラク・サウジアラビア・トルコ・イスラエル・エジプト)・マレーシア・フィリピン・韓国)
 ○をしてください

(10) 〈女性の方へ〉 現在、妊娠中ですか。または、その可能性がありますか。
 はい ・ いいえ

(11) その他、何かございましたら、下記へご記入ください。
