

ゆりクリニック問診票（2回目以降の方）

年 月 日

ID: \_\_\_\_\_

名前(フリガナもお願いします) \_\_\_\_\_ 性別 男 ・ 女 体温 \_\_\_\_\_℃

\_\_\_\_\_様 \_\_\_\_\_才 身長 \_\_\_\_\_cm 体重 \_\_\_\_\_kg

〒 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

自宅電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯電話番号 \_\_\_\_\_

緊急連絡先(家族・友人・会社等) お名前( \_\_\_\_\_ ) (関係: \_\_\_\_\_)

学校名( \_\_\_\_\_ ) 保育園・幼稚園・小学校・中学校・高校( \_\_\_\_\_ ) 年( \_\_\_\_\_ ) 組

喫煙歴( \_\_\_\_\_ 才～ \_\_\_\_\_ 才) 量( \_\_\_\_\_ ) 飲酒歴( \_\_\_\_\_ 才～ \_\_\_\_\_ 才) 量( \_\_\_\_\_ )

《今日はこういったことで、来院されましたか?》

風邪をひいたようだ 喉が痛い・乾く 咳・痰・鼻水が出る 節々が痛い 体がだるい 熱がある

└───┬───> お薬のほかにうがい薬・トーチは必要ですか? いいえ ・ はい

頭の調子 頭が痛い めまいがする ふらつく 眠れない いらいらする

お腹の調子 お腹が痛い 胃が痛い 便秘 下痢 食欲がない 吐き気 嘔吐

便通異常 下痢 便秘 下痢と便秘の繰り返し 血便

胸の調子 ドキドキする 息切れ 胸がいたい 胸が苦しい 息があら

尿の調子 排尿時痛い 尿に血がまじる うみが出る

その他 むくみ 腰・肩・膝・足が痛い 蕁麻疹 うつ症状がある その他( \_\_\_\_\_ )

健診で異常を言われた。

└───┬───> 健康診断の結果・返信書類はありますか? いいえ ・ はい

今回の症状は、いつ頃からでしたか?

◆症状がでてからなにかお薬は飲みましたか? いいえ ・ はい ⇒ (薬名: \_\_\_\_\_)

家族の方や、学校・保育園・職場などで感染症の方はいますか?

いいえ ・ はい インフルエンザ・おたふく・みずぼうそう・その他( \_\_\_\_\_ )

アレルギーはありますか?

いいえ ・ はい 花粉症( \_\_\_\_\_ ) 食べ物( \_\_\_\_\_ ) 薬( \_\_\_\_\_ )  
薬で喘息が悪化したことがあれば記入をお願いします⇒(薬名: \_\_\_\_\_)

女性の方にお尋ねします

・妊娠中 妊娠の可能性はありますか? はい(現在 \_\_\_\_\_カ月) ・ いいえ ・ わからない

・現在 授乳中ですか? はい(現在 \_\_\_\_\_カ月) ・ いいえ

ここ1年間で 海外渡航歴 はありますか?

いいえ ・ はい [ \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 ~ \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日] 場所[ \_\_\_\_\_ ]

★書類・結果・お薬手帳・お薬情報などお持ちでしたら受付へ★