西大泉呼吸器科内科クリニック

問診票

令和　　年　　月　　日

ふりがな　　生年月日（大正・昭和・平成・令和）

お名前　　男・女　　年　　月　　日

〒　　ー　　年齢　　歳

ご住所

自　宅　（　　）　　ー

携帯電話（　　）　　ー

該当するものを○で囲んでください

発熱　**あり**　**熱が出た日　　月　　日**

なし

症状は？

・せき　・たん　・のどの痛み　・頭痛　・鼻汁　・鼻づまり

・全身倦怠感　・食欲不振　・息切れ　・下痢　・腹痛　・関節痛

・ぜんそく　・寒気　・その他（　　）

いつからですか？

・きょう・きのう　・２～３日前　・４～５日前　・１週間前

・２週間前　・１か月前　・それより以前より

今回の症状で市販薬を飲んだり、他院を受診したことがありますか？

・ある（　　）・ない

現在、処方されいているお薬はありますか？

・ある　お薬手帳持参　・ない

・ある（　　）

治療中、治療後の病気がありましたら記入して下さい。

・あり　（　　）

・なし

アレルギーの既往はありますか？

・気管支ぜんそく　・アトピー性皮膚炎　・じんましん　・花粉症

・食品や薬（　　）

この１年間で健診を受診されましたか？

・はい（　　年　　月）　・いいえ

現在、妊娠中又は授乳中ですか？（女性のみ）

・はい（妊娠週数　　）　・授乳中　・いいえ

喫煙歴

・非喫煙　・喫煙歴あり　・喫煙中

コロナワクチン接種歴

・あり（　　回）

・なし

ご協力ありがとうございました