

# 問 診 票

記入日 令和 年 月 日

分かる範囲でご記入をお願いします。

フリガナ	生年月日 T・S・H・R	年	月	日
氏名	体温	℃		
電話番号 ( ) -	身長	cm	体重	kg
携帯番号 ( ) -				

自覚症状について	風邪症状	<input type="checkbox"/> 熱がある <input type="checkbox"/> 咳が出る <input type="checkbox"/> 鼻水が出る <input type="checkbox"/> 痰が出る
		<input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> のどが痛い その他
	おなかの症状	<input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 回 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 胃の調子が悪い <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> おなかが張る その他
	胸の症状	<input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 胸が苦しい <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 息苦しい その他
	体の症状	<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 体がだるい その他
	その他の症状	<input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 嗅覚障害 その他

治療中の病気について	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 脳疾患 その他	
内服中のお薬について	<input type="checkbox"/> 特になし お薬手帳のある方はご持参ください お薬の名前	
アレルギーについて	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	あるとお答えの方 薬剤名 食品名 その他
女性の方へ	妊娠の可能性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 妊娠中 月 日 <input type="checkbox"/> 授乳中	

2週間以内に鳥取県西部以外に外出されましたか？	はい	いつ頃(日付) どちらへ(場所) 何で(交通手段)	日付	月	日頃へ
			場所		で
	いいえ				

2週間以内に鳥取県西部以外の方にお会いしましたか？	はい	いつ頃(日付) どちらの方(場所)	日付	月	日頃
			場所		からの方
	いいえ				