問　診　票

お名前：

あてはまるものに○印をつけるまたは詳細を記入してください。

◆現在どのような症状がありますか？

咳　・　のどの痛み　・　痰　・　鼻水　・　発熱（　　℃）　・　頭痛

関節痛　・　だるさ　・　腹痛　・　下痢　・　吐き気　・　嘔吐

その他

［　　］

◆上記の症状はいつからですか？

［　　］

◆過去２週間以内に海外への渡航歴はありますか？

あり　・　なし

→ 時期　　国・地域

◆現在治療中の病気、または過去に大きな病気にかかったことはありますか？

（入院・手術を含む）

あり　・　なし

→ どんな病気ですか？

いつ頃ですか？

◆今までに、お薬や食べ物などで、アレルギー症状が出たり気分が悪くなったことはありますか？

あり　・　なし

→ 薬・食べ物の名前