

【再診 問診票】

ID: _____ 氏名: _____

受診日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

■ 本日は、どのようなことで来院されましたか？

体調不良 ・ 健康診断 ・ 予防接種 ・ 二次健診 ・ 他院からの紹介 ・ 定期処方希望

■ どのような症状がありますか？

発熱（いつ頃 _____、最高体温 _____℃） ・ 頭痛 ・ のどの痛み ・ 鼻水 ・ 倦怠感 ・ 咳、痰
息切れ、苦しい ・ むくみ ・ 腰痛 ・ 嘔気、嘔吐 ・ 下痢 ・ 便秘 ・ 食欲不振 ・ 胸の痛み、不快感 ・ 動悸
※女性の方(妊娠中: はい ・ いいえ ・ 可能性あり)

■ 症状はいつ頃からですか？

_____ 頃から

■ 感染症・伝染病の可能性はありますか？

あり ・ わからない ・ なし / 身近で流行している病気(_____) ・ なし

1か月以内に海外旅行に行ったことはありますか？ _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日まで

■ バイタル

現在体温: _____ °C BP: _____ / _____ mmHg P: _____ 回/分 SPO2: _____ %