

## 問診票

お名前 \_\_\_\_\_ 様 (男・女) 記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

下の表に□にし印をつけて下さい

<b>1. 今日はどうされましたか？</b> <input type="checkbox"/> 熱がある (最高 _____ °C) <input type="checkbox"/> 下痢⇒便の状態 (水っぽい・どろどろ) 回数 ( _____ ) 回 <input type="checkbox"/> 発疹 (ブツブツ) がある <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> のどが痛い <input type="checkbox"/> せき・たん <input type="checkbox"/> 関節痛	_____ 月 _____ 日	_____ 時ごろから
<input type="checkbox"/> おなかが痛い <input type="checkbox"/> 鼻水が出る <input type="checkbox"/> 頭が痛い <input type="checkbox"/> 息が苦しい		
----- <b>その他症状</b>   		
<b>2. この1～2週間の間で発熱はありましたか？</b> <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (いつ: _____ 何°C: _____ )		
<b>3. 「熱さまし」・「痛み止め」を使用しましたか？</b> <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬品名: _____ いつ: _____ )		
<b>4. 病気の人と接触しましたか？</b> <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (病名: _____ いつ: _____ )		
<b>5. 最近予防接種をうけましたか？</b> <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (ワクチン名: _____ いつ: _____ )		
<b>6. 最近(1年以内)海外に行かれましたか？</b> <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (行先: _____ いつ: _____ )		
<b>7. 以前に大きな病気にかかったり、手術を受けたことがありますか？</b> <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (病名: _____ いつ: _____ )		
<b>8. アレルギーはありますか？</b> <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい [ 薬品名: _____ 食品名: _____ その他: _____ ]		
<b>9. 注射や薬を飲んで気分が悪くなったり、発疹が出たことがありますか？</b> <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬品名: _____ )		
<b>10. 女性の方へ。</b> 現在妊娠していますか？あるいは妊娠の可能性がありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (妊娠 _____ カ月 )		
<b>11. 介護保険をお持ちの方へ。</b> 要支援・要介護度の有無を記載してください。  介護度: なし ・ 要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		