

# 問診票（風邪うたがひ）

氏名（カナで）：

年齢：\_\_\_\_\_歳

性別：男・女 → 妊娠していない

妊娠中（ \_\_\_\_\_ 週） 出産予定日（ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日） 授乳中

あてはまるものに  
○をつけてください

なし                      あり                      つらい

頭痛

鼻水

のど痛

咳

痰

息苦しい

熱っぽい

関節痛

腹痛

下痢

吐き気

症状は \_\_\_\_\_ 日まえから  
体温 \_\_\_\_\_ °C(最高 \_\_\_\_\_ °C:いつ \_\_\_\_\_ )  
同様の症状の人は周囲にいましたか？ はい・いいえ

こめかみ・片側・全体 脈打つ・締め付けられる感じ

色: 緑・黄・白・水 鼻づまり: あり・なし

1日中・朝・夕方

1日中・起床時・日中・就寝時・夜中・明け方

色: 赤・茶・緑・黄・白 量: 多い・少ない

1日中・起床時・日中・就寝時・夜中・明け方

悪寒: ある・ない

首・肩・背中・腰・膝・全身

痛みには波がある・ずっと同じように痛む

朝から今まで \_\_\_\_\_ 回排便 水様便・軟便・白色便

水分もとれていない: はい・いいえ

今季のインフルエンザ予防接種 うけた・うけてない

いままでにかかったことのある病気（○をつけて下さい）

・なし

・狭心症・不整脈・緑内障・前立腺肥大・ぜんそく・高血圧・糖尿病・脂質異常

・うつ病・癌・バセドウ病・アレルギー（薬剤・花粉・食物・金属・アトピー）

詳細・その他： \_\_\_\_\_

治療中の薬剤名： \_\_\_\_\_

4ヶ月以内に海外旅行に 行っていない ・ 行った（行き先： \_\_\_\_\_ ）