

# 問診票

年 月 日

フリガナ	姓	別	身長	体重	体温
氏名	男 / 女		cm	kg	℃
生年月日	M・T・S H・R	年 月 日	歳	職	業
住所					
電話番号	— —		携帯電話	— —	

◇本日はどうされましたか？具体的にご記入ください。
◇上記の症状はいつからですか？
◇上記の症状で他院にかかられましたか？また、いつ頃ですか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
【病院名： <input type="checkbox"/> いつ頃： <input type="checkbox"/> 】
◇今までに病気、治療中の病気はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
【病名： <input type="checkbox"/> いつ頃： <input type="checkbox"/> 】
◇今までに手術の経験はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
【病名： <input type="checkbox"/> いつ頃： <input type="checkbox"/> 】
◇現在飲んでいるお薬はありますか？（お薬手帳があれば記載不要です） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
【薬品名： <input type="checkbox"/> 】
◇薬や食物のアレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
【 <input type="checkbox"/> 】
◇たばこを吸われますか？
<input type="checkbox"/> 現在吸っている（1日約 本、 才～） <input type="checkbox"/> 習慣的に吸った事がない
<input type="checkbox"/> 過去に吸っていたが今はやめている（1日約 本、 才～ 才まで）
◇アルコールは飲まれますか？ <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む （ <input type="checkbox"/> 毎日飲む、 <input type="checkbox"/> 機会飲酒）
◇他院からの診療情報提供書（紹介状）等がありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
◇女性の方にお伺いします。
▶妊娠の可能性はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
▶最終月経はいつですか？（ 月 日） <input type="checkbox"/> 閉経している

※以下の問診は37.5℃以上の発熱がある方のみ記載して下さい。

◆熱が出現したのはいつ頃ですか？（ 月 日頃から）
◆下記の症状はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
<input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 呼吸困難感 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚障害
◆上記症状出現2週間以内に旅行、会食、イベント等3密が発生する場所へ出入りしましたか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
◆家族や自分の周りの方（職場関係等）で、新型コロナウイルス感染症の方はいますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
◆新型コロナウイルス感染症陽性者と同居又は長時間接触（マスク無で15分以上）されましたか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
◆その他自覚症状があれば、詳しく記載して下さい。