

# 問 診 表

記入年月日：R . .

ID： \_\_\_\_\_

診察前体温： \_\_\_\_\_ °C

フリガナ 氏名	生年月日 T・S・H 年 月 日	年齢 歳	性別 男・女
住所 〒 _____	電話： _____	_____	
	携帯： _____	_____	
	緊急連絡先（続柄： _____）	_____	

※車待機の方はご記入下さい 【車種】 \_\_\_\_\_ 【色】 \_\_\_\_\_ 【ナンバー】 \_\_\_\_\_

新型コロナ患者(疑い含む)との接触歴がある	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
流行地に2週間以内に行ったことがある	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
家族、会社など周囲に発熱、感冒症状の人がいる	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
味覚・嗅覚の異常がある	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
兵庫県新型コロナ健康相談コールセンターに電話した	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>

下記の項目について記入、もしくは○で囲んでください

1 ) いつからですか？ \_\_\_\_\_

[症状]

不整脈	動悸	胸痛	息苦しさ	めまい	血圧	（ その他 ）
発熱	のどの痛み	鼻汁	咳	痰		
頭痛	関節痛	悪寒	身体のだるさ			
腹痛	下痢	吐き気	嘔吐	食欲不振		

2 ) 今までに入院するような大きな病気にかかったり、手術をうけたことはありますか？  
 いいえ ・ はい （病名または手術 \_\_\_\_\_）

3 ) 今までに生活習慣病を指摘されたことはありますか？  
 いいえ ・ はい （糖尿病・高血圧・高脂血症・その他 \_\_\_\_\_）

4 ) アレルギーはありますか？  
 a) 食べ物： いいえ ・ はい （卵・そば・その他 \_\_\_\_\_）  
 b) 薬： いいえ ・ はい （ピリン・ペニシリン・その他 \_\_\_\_\_）

5 ) 今、服用している薬はありますか？  
 いいえ ・ はい （ 医師処方 ・ 市販薬 ）  
 “はい”に○を付けた方はお薬手帳を受付に渡すか、薬の名前を記入してください  
 （ \_\_\_\_\_ ）

6 ) ◇ タバコは吸いますか？ （いいえ・はい） ◇ お酒はのみますか？ （いいえ・はい）

7 ) 女性の方にうかがいます  
 ▶ 妊娠されていますか？ いいえ ・ はい （ \_\_\_\_\_ ヵ月）  
 ▶ 現在授乳中ですか？ いいえ ・ はい （ \_\_\_\_\_ ヵ月）