

問 診 表

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】

- ・ 当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています
- ・ 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします

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"/>
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"/>

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 (_____ カ月)
 ▶ 現在授乳中ですか？ いいえ ・ はい (_____ カ月)