

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

2週間以内に	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 （ _____ ヵ月）
▶ 現在授乳中ですか？ いいえ ・ はい （ _____ ヵ月）
- 8) 男性の方にうかがいます
▶ 前立腺肥大症といわれたことはありますか？ はい ・ いいえ