

# 全科共通 問診票

❖❖①～⑦に当てはまる方 必ずマスクしてくださいね❖❖

❖手指消毒のご協力お願い致します❖

下の質問に はい・いいえ でお答えください

- ① 本日、熱がありますか ( はい・いいえ )
- ② 2週間以内に熱がありましたか ( はい・いいえ )
- ③ 強い、けん怠感(だるさ)・筋肉痛がありますか ( はい・いいえ )
- ④ せき・たん・呼吸が苦しいなどの症状がありますか ( はい・いいえ )
- ⑤ 味覚・嗅覚に異常はありますか ( はい・いいえ )
- ⑥ 新型コロナウイルスに感染した人、又は疑いのある人と接触しましたか ( はい・いいえ )
- ⑦ 3ヶ月以内に海外に行かれたか(帰国含む) ( はい・いいえ )

◇ はい の方のみお答えください

渡航場所:( ) 渡航期間:( 月 日 ~ 月 日 )

- ⑧ 喫煙歴はありますか ( あり 喫煙年数 年間・なし )
- ⑨ コロナワクチン接種はされましたか ( はい・いいえ )

◇ はい の方のみお答えください。接種日、製薬会社を教えてください。

1回目接種日	年	/	ファイザー・モデルナ・その他( )	わからない
2回目接種日	年	/	ファイザー・モデルナ・その他( )	わからない
3回目接種日	年	/	ファイザー・モデルナ・その他( )	わからない

つづいて、裏面の問診表のご記入をお願いいたします

# 内科問診表

フリガナ	記入年月日	年	月	日
氏名	M・T・S・H	年	月	日生
	( )歳	男	・	女
住所	職業 ( )	緊急連絡先(勤務先など)		
電話番号	自宅	緊急連絡先電話		
	携帯電話			

1. あてはまる症状がありましたら○印をつけてください

熱( )度 鼻水 鼻づまり 咳 痰 のどの痛み 頭痛  
吐き気 嘔吐( 回/日) 関節の痛み 下痢( 回/日)

2. 上記以外の症状の方は、下記にご記入下さい

( )

3. それはいつ頃からですか ( 年 月 日頃より )

4. 他の病院に現在通院中ですか

はい (病院名 ) (病名 ) ・ いいえ  
現在、服用中の薬はありますか ある (薬名 ) ・ ない

5. アレルギーについて

① 薬・注射・検査などで何か異常なことがありましたか

ある ( ) ・ ない

② アレルギー症状またはアレルギー体質といわれたことがありますか

ある ( ) ・ ない

6. 今までに重い病気をしたことがありますか

ある (病名 ) ・ ない

7. 緑内障と診断されたことはありますか はい (病院名 ) ・ いいえ

8. (男性の方のみ) 前立腺肥大または前立腺癌と診断されたことはありますか

はい (病院名 ) ・ いいえ

9. (女性の方のみ) 妊娠している可能性はありますか はい ( ヶ月 ) ・ いいえ

10. 診察について何かご希望等ございましたら、お書き下さい

( )

11. 食事相談を希望しますか はい ・ いいえ

12. 当院をどちらでお知りになりましたか (あてはまる項目に○をしてください)

① 前から知っていた ② 他院より紹介された(病院名 ) ③ 知人に聞いた

④ インターネットで知った ⑤ ケーブルテレビをみた ⑥ その他( )