

全科共通 問診票

❖❖必ずマスクの着用と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ましたか(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
4回目接種日	年	/	ファイザー・モデルナ・その他()	わからない

- ⑩ インフルエンザの予防接種を1年以内に受けましたか (はい・いいえ)

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			

- 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)
- 上記以外の症状の方は、下記にご記入下さい
()
- それはいつ頃からですか (年 月 日頃より)
- 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
- アレルギーについて
 - 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
 - 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
- 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
- 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
- (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
- (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
- 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
()
- 食事相談を希望しますか はい ・ いいえ
- 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)
 - 前から知っていた
 - 他院より紹介された(病院名)
 - 知人に聞いた
 - インターネットで知った
 - ケーブルテレビをみた
 - その他()