

# 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

# 皮膚科問診表

記入年月日 年 月 日

フリガナ \_\_\_\_\_ M・T・S・H・R 年 月 日生

氏名 \_\_\_\_\_ ( )歳 男 ・ 女

職業 ( )

〒 \_\_\_\_\_ 住所 緊急連絡先(勤務先など)

電話番号 \_\_\_\_\_ 緊急連絡先電話  
自宅  
携帯電話

1. どうなさいましたか

2. いつ頃からですか ( 年 月 日頃より ) 右 左 左 右

3. 下記の当てはまる症状と右図の部位に○をして下さい

かゆみ ある ( 弱い ・ 強い ) ・ ない

-----  
いたみ ある ( 弱い ・ 強い ) ・ ない

4. この症状に対して治療をしましたか

はい ( ) ・ いいえ

5. 今まで同じ病気にかかったことがありますか

はい ( いつですか 頃 ) ・ いいえ

6. 今まで同じ病気にかかった家族がいますか

はい ( 続柄 ) ・ いいえ

7. くすり、その他アレルギーはありますか ある ( ) ・ ない

8. 今までに重い病気をしたことはありますか ある ( 病名 ) ・ ない

また、現在治療中の病気はありますか ある ( 病名 ) ・ ない

現在、服用中の薬はありますか ある ( 薬名 ) ・ ない

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. 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( )

