

問診票

～ご記入後、受付または病院スタッフへ提出してください～

氏名 _____ (_____ 歳) 体温 _____ °C 平熱 _____ °C

①1週間以内に発熱はありましたか

- 発熱あり _____ 日から _____ 日間 最高体温 _____ °C
- 熱が出るので解熱剤で対応している _____ 日から _____ 日間

②以下の症状で該当するものに必ずチェックしてください(複数可)

- のどが痛い せきが出る _____ 日前からにおいがわからない・わかりにくい
- 家族の中で風邪症状のある方(発熱のみも含みます)はいますか
- 風邪症状の倦怠感あり

③新型コロナウイルスに感染した方と濃厚接触(のうこうせつしょく)がありましたか

- なし あり(下に続く)

※ありと答えた方にお尋ねします。検査は受けましたか。

- 抗原検査 PCR検査 検査受けていない

④女性の方へお伺いします。妊娠中、あるいは妊娠の可能性はありますか

- なし あり しているかもしれない

⑤コロナウイルスの予防接種を受けましたか

- 接種済み 1回目(/) 2回目(/)
- 接種予定 1回目(/) 2回目(/) 今のところ予定なし

ご協力いただきありがとうございました

問診票

ふりがな

お名前 _____ さま 男 女 生年月日 T S H R 年 月 日 歳

体重(16歳までの方のみ) _____ kg ご職業 _____

前回当院受診後に住所変更(有り・無し) _____ 無しの場合は、記入は不要です。

郵便番号 _____ 住所 _____

固定電話 _____ 携帯電話 _____

1. **いつから**、**どのような症状**があり、**現在はどのような症状**が残っていますでしょうか。また特に心配な点がありましたらそれもお書き頂けますでしょうか。

2. **上記の症状につき**、すでに他の医療機関で治療を受けられましたか。

・いいえ ・はい

いつ頃ですか： _____ どちらの病院ですか： _____

3. **下記の病名を指摘されたことがありますか。**

・**ない** ↓ ・ある場合は下記の病名に○を付けてください。

気管支喘息 高血圧 糖尿病 前立腺肥大 緑内障 白内障 熱性けいれん 花粉症 アレルギー性鼻炎

4. **上記3.の病名以外で入院、手術など大きな病気をしたことがありますか。** → ・ない ・ある

_____ 歳 病名 _____ 歳 病名 _____ 歳 病名

5. **薬の副作用(発疹、じんましん、ショック、嘔吐など)が出たことがありますか。**

・ない ・ある おおよその時期、薬品名と出た症状 _____

6. **薬の手帳を受付にお出してください。お持ちでない方は、現在内服中の薬、外用薬などを教えて下さい。**

7. **(6歳未満の患者様のみ)保育園や幼稚園に通われていますか。**

・いいえ ・(託児所 保育園 幼稚園)に通っている

どちらの園、託児所ですか(流行性疾患の把握のためです。) _____

8. **(お連れのお子様は6歳未満のお母様にお尋ねします。)** 現在妊娠されていますか。

・いいえ ・はい(予定日 年 月 日)

以下は女性の方のみにお尋ねいたします。

9. **現在授乳中ですか。** ・いいえ ・はい お子様は現在 _____ 歳 _____ か月

ご記入大変お疲れ様でした。