

問 診 票

ふりがな	生年月日	(西暦)	年	月	日
お名前	(未成年の場合保護者名もご記入ください)				
ご住所	(現在お住まいの住所を記入ください) 〒			ご職業	
TEL	携帯電話		自宅		
※常に連絡のとれる番号を記入ください					

こちらで記入します
SpO2: PR:

- 今回の症状が出始めたのは 月 日 来院時体温: °C
- この症状で別の病院に受診していますか いいえ / はい → 紹介状 あり/ なし
- あてはまる症状に✓を付け、それぞれいつ頃からか記入してください(書ける範囲でお願い致します)
 体温・昨日 °C ・おととい °C
 検査を受けて陽性になった (検査日: 月 日/検査方法: PCR・抗原)
 のどの痛み (月 日から) せき (月 日から) 強いだるさ (月 日から)
 頭痛 (月 日から) 息苦しさ (月 日から)
 味覚異常 (月 日から) 嗅覚異常 (月 日から)
 吐き気 (月 日から) 嘔吐 (月 日から) 下痢 (月 日から)
 その他のご症状()
- インフルエンザウイルス陽性者との接触はありましたか
 いいえ / はい → どのの方が陽性でしたか? ()
- 新型コロナウイルス感染症陽性者との接触はありましたか
 いいえ / はい → どのの方が陽性でしたか? ()
- 二週間以内に海外渡航をしましたか
 いいえ / はい → [いつ頃: 渡航先:]
- 新型コロナウイルスワクチンの接種をうけましたか(分からなければ「不明」と記入してください)
 いいえ / はい → [・接種回数 回 ・最終接種年月 年 月]
- 下記の疾患があれば、○をつけてください(他に治療中の疾患があれば、その他にご記入ください)
 悪性腫瘍 / 慢性閉塞性肺疾患(COPD) / 慢性腎臓病 / 高血圧 / 糖尿病 / 脂質異常症
 肥満(BMI30以上) / 喫煙歴 / その他疾患()
 → 当院以外で治療中であればご記入下さい。(医療機関名: /治療内容:)

!! 重要 !!

- ◎今までに、薬によるアレルギーが出た事がありますか? ある方は薬品名と症状を記入してください
 いいえ / はい → (薬品名: 症状:)
- ◎今までに採血等で気分が悪くなったことがありますか? はい / いいえ
- ◎緑内障の既往歴はありますか? はい / いいえ
- ◎(男性の方のみ)前立腺肥大症の既往歴はありますか? はい / いいえ
- ◎(女性の方のみ) 現在、妊娠中ですか? はい (週) / いいえ
- 現在、授乳中ですか? はい / いいえ

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いたします。

- マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による診療情報取得に同意しますか?
 いいえ / はい
- (9 で「いいえ」の方のみ) 現在他の医療機関で処方されている薬はありますか?
 いいえ / はい → (処方されている薬の名前:)
- (9 で「いいえ」の方のみ) 1年以内に特定健診を受診しましたか?
 いいえ / はい → ・受診時期: 年 月頃
 ・指摘事項(例;高血圧など):