

《 問 診 票 》

日付：

風邪症状のある方のみ
コロナワクチンは、接種 していますか？ 1回目・2回目・3回目・4回目 (最終の接種日 /) ワクチンの種類 ○してください ファイザー・モデルナ・ノババックス 未接種

フリガナ			男 ・ 女
お名前			
生年月日	大・昭・平・令・西暦	年 月 日	才
ご住所			
	電話	() (携帯)	()
緊急連絡先 携帯番号など	※投薬・採血結果などの緊急時に連絡する場合があります。 () 続柄:		

○マイナ保険証による診療情報取得に同意します。

- ① どんな症状で来院されましたか？お困りの症状に○をつけて下さい。 現在の体温 °C
- 発熱 だるい 頭痛 のどの痛み 鼻水 せき たん 呼吸が苦しい 筋肉痛 関節痛
 胸痛 腹痛 下痢 吐き気 嘔吐 発疹 花粉症 高血圧 めまい 健診異常
 その他()
- ② その症状はいつから始まりましたか？(発熱は、いつからですか？)
 (月 日 時ころから) → 月 日から体温 °C(最高 °C)
- ③ その症状に対してどこか医療機関を受診されましたか？
 はい→() →処方 お薬手帳 あり・なし
 いいえ
- ④ 発熱・嘔吐・下痢などの症状の場合、同じような症状の方はいますか？
 はい→ 家族・学校・職場・その他() →インフルエンザであった はい・いいえ
 いいえ →新型コロナウイルス陽性 はい・いいえ
- ⑤ 1ヶ月以内に海外に渡航しましたか？ はい→(国名: 月 日から 日間)
 いいえ
- ⑥ 今までに下記の様な病気をしたことがありますか？あるいは現在通院中の疾病はありますか？
 はい→ 喘息 結核 高血圧 糖尿病 脂質異常症 脳梗塞 脳出血 肝臓病 心臓病
 胃潰瘍 腎臓病 悪性疾患() その他()
 いいえ
- ⑦ 現在、他の医療機関に通院していますか。また処方されているお薬はありますか？
 はい→医療機関名() 薬剤名() お薬手帳 あり・なし
 いいえ
- ⑧ この1年間で特定健診及び高齢者健診を受けましたか？ はい・いいえ
- ⑨ 薬や食品のアレルギーはありますか？ はい→()・いいえ
- ⑩ 飲めない薬の剤形はありますか？ 錠剤・粉薬・特になし・その他()
(15才以下のみ)現在の体重 kg
- ⑪ 成人の方のみ下記に該当するものに○をつけて下さい。
 お酒を飲む (はい・いいえ) たばこを吸う (はい・以前は吸っていた・吸ったことなし)
- ⑫ 女性の方のみ下記に該当する場合、○をつけて下さい。
 生理(順・不順) 最終生理 月 妊娠している可能性(あり・なし)
 妊娠中(妊娠 週) 授乳中(お子さんの年齢 才 ヶ月)
- ⑬ 当院をどのようにお知りになりましたか？(初診の方のみ)
 1.家族が通院している 2.主治医や知人の紹介 3.当院の建物を見て 4.街の看板を見て(駅・電柱)
 5.当院のホームページを見て 6.本・雑誌を見て 7.地元でもともと知っている 8.その他()