

問診票

ふりがな 氏名	_____	生年月日	年 月 日 (歳)
住所	(〒 _____)	携帯電話 番号	_____

※診察の順番になりましたらご記入いただきました携帯番号にご連絡させていただきます。

※15歳以下の方は小児科の休日当番医への受診をご案内しています。

1) 具合の悪いところを具体的に記入してください。

どこがどのように悪いですか？

いつからですか？

2) 今回の症状でどちらかの医院・病院にかかりましたか？

いいえ はい _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ にかかっている

3) 今までにかかった病気や治療中の病気があればチェックし、いつ頃かを()にご記入下さい。

喘息 (_____ 頃) 肺炎 (_____ 頃) 結核 (_____ 頃)
 高血圧 (_____ 頃) 肝臓病 (_____ 頃) 腎臓病 (_____ 頃)
 糖尿病 (_____ 頃) 脳卒中 (_____ 頃) がん (_____ 頃)
 心臓病 (_____ 頃) その他 (病名: _____)

かかりつけ医はありますか？ _____ にかかっている

4) 今までに手術の経験はありますか？

なし あり (病名: _____)
(いつ頃: _____)

5) 現在、飲んでいる薬はありますか？

なし あり (薬品名: _____)

6) 薬のアレルギーはありますか？ なし あり (_____)

食べ物のアレルギーはありますか？ なし あり (_____)

(その他: _____)

7) たばこ 吸わない 吸う 過去に吸っていた

(1日 _____ 本、約 _____ 年間)

アルコール 飲まない 飲む 過去に飲んでいた

(種類 _____、1回 _____ 杯、 毎日 時々 月に2~3回)

8) 女性の方へ ※産婦人科の休日当番医をご案内する場合があります

妊娠している可能性は？ ない ある

授乳中ですか？ はい いいえ

最終月経は？ (_____ 月 _____ 日) 閉経してる

※お薬手帳をお持ちの方は、問診表と一緒にご提出ください

新型コロナウイルス感染症に関する問診票

感染対策強化のため、問診票を作成いたしました。

当院へ来院される際には、下記事項を確認いただくようご理解ご協力をお願いいたします。

記入日	年 月 日	フリガナ 氏名		
質問			回答	
①	コロナウイルスに感染した人や感染が疑われる人と一緒にいたことがありますか？		はい	いいえ
②	2週間以内に、海外にいきましたか？		はい	いいえ
③	2週間以内に「海外や流行地域に行ったあと、発熱や咳が出てきた人」と一緒にいたことがありますか？		はい	いいえ
④	2週間以内に、複数が集まるイベントに参加しましたか？		はい	いいえ
⑤	2週間以内に、感染流行地域に行きましたか？ 緊急事態宣言…東京、沖縄 まん延防止重点地域…埼玉、千葉、神奈川、大阪 独自の緊急事態宣言…北海道、宮城、秋田、愛知、京都		はい	いいえ
			↓ 地名：	
⑥	親族や友人など周りに自宅隔離を要請されている人はいますか？		はい	いいえ
⑦	親族や友人など周りに、2週間以内に海外に行った人はいますか？		はい	いいえ
⑧	親族や友人など周りに、2週間以内に「海外や流行地域に行ったあと、発熱や咳が出てきた人」と一緒にいた人がいますか？		はい	いいえ
⑨	親族や友人など周りに、2週間以内に感染流行地域に行った人はいますか？ 緊急事態宣言…東京、沖縄 まん延防止重点地域…埼玉、千葉、神奈川、大阪 独自の緊急事態宣言…北海道、宮城、秋田、愛知、京都		はい	いいえ
			↓ 地名：	
⑩	新型コロナワクチンは接種しましたか？		はい	いいえ
			↓ 接種回数(1回・2回)	

2週間以内(現在を含む)に以下の症状はありますか？(はい、もしくはいいえ)に○印をつけてください。

①	発熱(37.5℃以上)	はい	いいえ	⑥	息苦しさ	はい	いいえ
	現在の体温(℃)			⑦	強いだるさ(倦怠感)	はい	いいえ
②	のどの痛み	はい	いいえ	⑧	臭いがわかりにくい	はい	いいえ
③	鼻水	はい	いいえ	⑨	味がわかりにくい	はい	いいえ
④	咳(せき)	はい	いいえ	⑩	吐き気・嘔吐	はい	いいえ
⑤	痰(たん)	はい	いいえ	⑪	下痢	はい	いいえ
⑫	同居人で上記症状のある方はいますか？				はい	いいえ	
⑬	鎮痛剤や解熱剤の服用はありますか？				はい	いいえ	