

# 問 診 票

ふりがな	生年月日	(西暦)	年	月	日(満 歳)
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					

1. 今回の症状が始まったのは 月 日 来院時体温: °C SpO2: %

2. 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

3. あてはまる症状に✓をつけ、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します)

- 発熱 ・昨日 °C ・おととい °C  
自身で検査を受けて陽性になった→検査日: 月 日 / 検査方法: PCR 検査・抗原検査  
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( )

4. 新型コロナウイルス肺炎陽性者との接触はありましたか

いいえ / はい ⇒ どの方が陽性でしたか? ( )

5. 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:

6. 新型コロナウイルスワクチンの接種をうけましたか

いいえ / はい ⇒ 
 ・接種回数 回 ・最終接種日 年 月 日  
 ・ワクチンの種類に○:ファイザー/モデルナ/アストラゼネカ/不明

7. 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 / 喫煙歴  
 脂質異常症 / 肥満(BMI30 以上) / 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下さい

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。

8. 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. (8 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: )

10. (8 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):