

問 診 票 (初診・再診)

令和 年 月 日

ふりがな 氏名	男・女	T・S・H・R	年	月	日生	年齢	歳
住所	自宅	()					
	携帯	()					
	緊急連絡先	()					
	お名前					続柄	

1 どこがどのように悪いですか？(具体的に記入して下さい)※記入欄が足りない場合は裏面へ

1.2は発熱者用問診票へ

2 いつからですか？

3 今回の症状でどちらかの医療機関にかかりましたか？

いいえ はい 月 日から にかかっている

4 今までにかかった病気や治療中の病気があれば、病名と時期を記入してください

① (頃) ② (頃) ③ (頃)
④ (頃) ⑤ (頃) ⑥ (頃)

5 今までに手術の経験はありますか？

なし あり 病名:
いつ頃:

6 輸血を受けたことがありますか？

なし あり

7 薬のアレルギーはありますか？

なし あり(薬剤名)

食べ物のアレルギーはありますか？

なし あり(具体名)

その他にアレルギーはありますか？

なし あり(具体名)

8 現在飲んでいる薬はありますか？

なし あり(薬剤名)

※他院で処方されている方で、現物もしくはお薬手帳などをお持ちでしたら、診察時にお出し下さい。

9 女性の方へ

現在妊娠中もしくは授乳中ですか？ いいえ はい (妊娠中・授乳中)
最終月経は？ (月 日)

10 喫煙について

吸わない 吸う 以前吸っていた
(1日 本、約 年間、禁煙期間 約 年)

11 アルコールについて

飲まない 飲む 以前飲んでいて
(種類: 、1回 杯、 毎日 時々 月に数回)

12 現在の職業は何ですか？

職業名:

※ 当院をお知りになったきっかけは何ですか？ (複数回答可)

近所に在住 インターネット (PC ・ モバイル) ご家族・知人の紹介 看板
 雑誌など 他医療機関の紹介

他にお伝えしたいことがあれば裏面へご記入をお願いします。

医療法人社団善和会 小船内科医院

感冒症状・発熱者問診

氏名 ()

診察を行うにあたり事前の問診にご協力をお願いいたします。

★症状はいつから始まりましたか？

★最初の症状に当てはまるものを選んでください。(複数可)

- 寒気 発熱 倦怠感 頭痛 鼻汁 鼻閉 耳痛 のどの痛み 首の痛み
咳 痰 胸の痛み 胃の痛み 腹部全体の痛み 下腹部の痛み 腰の痛み
はきけ おう吐 下痢 四肢関節痛 めまい ふらつき
その他(具体的にお願いします:)

★現在の症状に当てはまるものを選んでください。(複数可)

- 寒気 発熱 倦怠感 頭痛 鼻汁 鼻閉 耳痛 のどの痛み 首の痛み
咳 痰 胸の痛み 胃の痛み 腹部全体の痛み 下腹部の痛み 腰の痛み
はきけ おう吐 下痢 四肢関節痛 めまい ふらつき
その他(具体的にお願いします:)

★熱の経過をお聞かせください。

(例; ○月△日朝 38 度、夜は 37 度、○月×日朝 36 度、夜 38 度、本日は 37.3 度。など)

★今回の症状で内服された薬(市販薬を含む)はありますか。

無し

有り(具体的に:)

★症状出現前 2 週間程度に国内外の旅行、集会等への参加はありましたか？

または、周囲に発熱者、PCR を受けた方はいますか？

あり(具体的に:)

無し

★コールセンターからの紹介ですか はい(東京都 ・ 練馬区) ・ いいえ

★コロナワクチンは接種しましたか？ 未接種 ・ 1 回目 (/) ・ 2 回目 (/)

接種ワクチン(ファイザー ・ モデルナ)

ご協力ありがとうございました。

小船内科医院

KT
SPO₂

°C
%