

問診票

☆洩れなく全て記入してください☆

令和 年 月 日

| | | | | |
|---------|---------|--------------------------|--------|--|
| フリガナ | ID番号[] | | | |
| お名前 | 生年月日 | 大・昭・平・令 年 月 日 (歳) | 男 女 | |
| 現住所 | 〒 | 電話番号 | | |
| | - | 携帯番号 | | |
| | | 職業 | | |
| 身長 | | 体重 | | |
| 保護者氏名 | 保護者住所 | | | |
| 保護者電話番号 | | | | |

あてはまる項目に☑及び回答をお願いします。 来院時Spo2 %

| | | | | | | |
|-----------------------------|---|--|--|-------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| ◎ 37.5℃以上の熱 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり (/ から) | 最高 | ℃ | 来院時 | ℃ |
| ◎ 呼吸器症状 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり (/ から) | ※現在ある呼吸器症状すべてに○をして下さい 咳 のどの痛み 息苦しさ 痰が出る 胸が痛い | | | |
| ◎ 倦怠感 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり (/ から) | ◎ 嘔気・嘔吐 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり (/ から) | |
| ◎ 下痢 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり (/ から) | ◎ 結膜炎 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり (/ から) | |
| ◎ 嗅覚異常 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり (/ から) | ◎ 味覚異常 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり (/ から) | |
| ◎ 解熱剤服用 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり (薬剤名:) | 最終内服時間: | 時 | | |
| ◎ 現在治療中の疾患 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 脳卒中 | <input type="checkbox"/> 高脂血症 | <input type="checkbox"/> 心臓病 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 |
| | | <input type="checkbox"/> 肝臓病 | <input type="checkbox"/> 腎臓病 | <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 | <input type="checkbox"/> 痛風 | <input type="checkbox"/> 喘息 |
| | | <input type="checkbox"/> 膠原病 | <input type="checkbox"/> 甲状腺 | <input type="checkbox"/> 透析中 | <input type="checkbox"/> 化学療法中 | |
| | | <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| ◎ 現在内服中の薬 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり (薬剤名:) | ※来院時お薬手帳を提出してください | | | |
| ◎ 薬アレルギー | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり (薬剤名:) | | | | |
| ◎ 食品アレルギー | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり (食品名:) | | | | |
| ◎ ご家族の持病 | 父: | 母: | 兄弟: | | | |
| ※なければ「なし」と記入してください | 姉妹: | 祖父: | 祖母: | | | |
| ◎ タバコ | <input type="checkbox"/> 全く吸わない | <input type="checkbox"/> 以前吸っていた (歳から 歳まで) | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 今も吸っている (1日 本、 年間) | | | | | |
| ◎ お酒 | <input type="checkbox"/> 全く飲まない | <input type="checkbox"/> 以前飲んでいて | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 今も飲んでいる (種類: 量: ml・合) | | | | | |
| ◎ 妊娠中または妊娠の可能性 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | ※女性のみお答えください | | | |
| ◎ 授乳中 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | | | | |
| ◎ 新型コロナウイルス罹患患者 (疑い含む) との接触 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 家族 (続柄:) | <input type="checkbox"/> 職場の同僚 | <input type="checkbox"/> 友人 | <input type="checkbox"/> 同居人 | <input type="checkbox"/> その他 () | |
| | 接触場所: <input type="checkbox"/> 都内 区 <input type="checkbox"/> 県・道・府 市 | | | | | |
| ◎ 海外・国内旅行へ行った | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり (場所: 期間: / ~ /) | | | | |
| ◎ 不特定多数の人が集まる場所へ行った | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり (いつ: 月 日) | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 麻雀 <input type="checkbox"/> パチンコ <input type="checkbox"/> カラオケ <input type="checkbox"/> スポーツジム | <input type="checkbox"/> ライブ会場 | <input type="checkbox"/> 居酒屋 | | | |
| | <input type="checkbox"/> その他 () 場所: <input type="checkbox"/> 都内 区 <input type="checkbox"/> 県・道・府 市 名称: | | | | | |
| ◎ 直近のコロナワクチン接種 | 回目: 年 月 日 (ファイザー・モデルナ) | <input type="checkbox"/> 接種無し | | | | |

PCR希望 抗原検査希望 検査せず処方希望 医師と相談し決める