来院手段	

問診票

今日の連絡先	- -

受診日 . .

氏名 (ID:)

身長 cm **体重** Kg **体温** . ℃

下記の質問にお答えください。

- ☐ 私は、新型コロナ感染症の 簡易キット で陽性判定 がありました。
- ☐ 私は、新型コロナ感染症の陽性者との 接触 があります。
- ☐ 新型コロナ感染症の検査を希望しますか。（希望する場合チェックしてください。）

1．いつ頃からですか。

☐ ( )日前から ☐ ( )週間前から ☐ ( )ヶ月前から ☐ ( ) 年前から

2．どのような症状ですか。

☐熱 ☐せき ☐鼻水 ☐のどの痛み ☐息苦しさ
☐お腹が痛い ☐食欲がない ☐胃が痛い ☐下痢 ☐便秘
☐吐き気 ☐嘔吐 ☐めまい ☐体がだるい ☐頭痛
☐健康診断結果再検査、相談
☐その他の症状 ( )

3．この症状で、検査や治療を受けていますか。

☐いいえ ☐はい ※「はい」の場合は受けた検査や使用した薬をご記入ください。
( )

4．今までに新型コロナ感染症に罹ったことがありますか。

☐いいえ ☐はい ※「はい」の場合はご記入ください。

陽性となった日： 年 月 日

保健所からの隔離解除日： 年 月 日

5．今までに下記の病気にかかったことはありますか。

☐喘息 ☐高血圧 ☐心臓病 ☐肝臓病 ☐腎臓病
☐糖尿病 ☐前立腺肥大 ☐緑内障 ☐その他（ ）

6．現在治療中の病気やこれまでにかかった大きな病気がありましたらご記入ください。

( )

7．現在、他の病院にかかっていますか。

☐いいえ ☐はい ※「はい」の場合は、ご記入ください。

病名：

8．（40才以上の方）過去１年以内に健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか。

☐いいえ ☐はい ※「はい」の場合は、ご記入ください。

受診時期： 年 月 指摘事項：

※※※ 裏面もご記入願います。 ※※※

9．内服している薬（サプリメント等含む）がある場合は、ご記入ください。お薬手帳をお持ちの方は受付へお出しください。

内服中の薬（サプリメント）：

お薬手帳：　□持っている　　□持っていない

10．今までに薬や食べ物、アルコールでアレルギー症状（発疹、気分不快など）を起こしたことがありますか。

・薬のアレルギー	□いいえ	□はい	薬剤名：	症状：
・食べ物のアレルギー	□いいえ	□はい	食べ物：	症状：
・アルコールのアレルギー	□いいえ	□はい	症　状：	
・その他のアレルギー	□いいえ	□はい	ｱﾚﾙｷﾞｰ名：	症状：

11．日常生活について、おたずねします。

・たばこについて　□吸わない　□吸っていた　□吸っている

※「吸っている」又は「吸っていた」の場合は、①、②にお答えください。

①　1日に（　　）本くらい　　②　（　　）年間くらい

・アルコールについて　□飲まない　□毎日　□週（　　）日　□月（　　）日

※「飲まれる方」は、ご記入ください。　お酒の種類：　　量：

12．３ヶ月以内に海外渡航歴はありますか。

□いいえ　□はい　※「はい」の場合は、ご記入ください。

国・都市名：　　渡航時期：

13．ワクチン接種歴について、おたずねします。

・新型コロナワクチン

□未接種　□接種済　※「接種済」の場合は、ご記入ください。

接種回数：　　回

直近の接種年月日：　　年　　月　　日

直近に接種したワクチンの種類

□ ファイザー　□ モデルナ　□ アストラゼネカ　□ ノババックス

□ その他　　□ 不明

・インフルエンザワクチン

□未接種　□接種済　※「はい」の場合は、ご記入ください。

年　　月　　日

14．女性の方のみお答えください。

・妊娠中ですか。　□いいえ　□妊娠中（　　）週目　□可能性あり

・授乳中ですか。　□いいえ　□はい

15．ご希望の医師はいますか。

□いいえ　□はい（　　）医師

16．（受診歴のある方）前回受診日以降、住所及び電話番号に変更はありませんか。

□なし　□あり　住所

電話番号

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出ください。

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お願いいたします。
◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）加算１：6点、加算２：2点（マイナ保険証を利用した場合）

医療法人　清須呼吸器疾患研究会