

感染疑い問診票

診察券番号 _____ 【 来院時体温 _____ °C (最高体温 _____ °C) 】

問診表は患者さんの状態を把握し、安全に治療をすすめるうえで重要な書類となりますので、できる限り正確にお書き下さい。書ききれない場合は、診察時にお話し下さい。

おくすり手帳をお持ちの場合はご提示ください。

待機場所からのご移動、院内トイレのご利用はご遠慮ください。 春岡通クリニック 院長

受診日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(ふりがな)

生年月日

明・大

お名前

男・女

昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

〒

自宅

住所

電話番号 携帯

勤務先・通学(園)先

ご職業

▼どのような症状ですか？

せき・鼻水・鼻づまり・のどの痛み・悪寒・息苦しさ・味がわからない・臭いがわからない
吐き気・嘔吐・下痢・関節痛・頭痛・その他(_____)

▼いつからですか？

今日(午前・午後)・(_____)日前

▼解熱剤は使用しましたか？

しない・した → いつ(_____) 何を(_____)

▼新型コロナウイルス感染者との接触はありましたか？

なし・あり → 同居・職場・学校・幼稚、保育園・イベント・その他(_____)

▼コロナワクチンを接種しましたか？(ワクチンの種類も教えて下さい)

しない・した → 1回目(_____ 年 _____ 月)・2回目(_____ 年 _____ 月)・3回目(_____ 年 _____ 月)・4回目(_____ 年 _____ 月)
モデルナ・ファイザー モデルナ・ファイザー モデルナ・ファイザー モデルナ・ファイザー

▼現在治療中の病気、または過去に治療をした病気はありますか？

なし・あり → 糖尿病・高血圧・脂質異常・心臓病・脳疾患・呼吸器疾患・腎臓疾患
がん(_____)・その他(_____)
通院中の病院名(_____)

▼現在飲んでいるお薬はありますか？

なし・あり → お薬名(_____) おくすり手帳をお持ちの方はご提示下さい

▼薬や食べものでアレルギー症状が出たことはありますか？

なし・あり → 食品名(_____) お薬名(_____)

▼たばこを吸ったことがありますか？

なし・あり → (_____)本/日 (_____)年間 ・禁煙した:(_____)才の時

▼女性の方へ

妊娠中ですか？ いいえ・はい(_____)カ月 授乳中ですか？ いいえ・はい

▼15歳以下の方は、体重をご記入下さい → (_____)kg