

感染疑い問診票

診察券番号 _____

受診日 202 年 月 日

【 来院時体温 _____℃(最高体温 _____℃) 】

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。

春岡通クリニック 院長

(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

体重

kg

▼どのような症状ですか？

発熱・せき・鼻水・鼻づまり・のどの痛み・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・悪寒・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() お薬名()

▼コロナ・インフルエンザワクチンの最終接種はいつ頃ですか？

コロナワクチン なし・あり → (年 月)

インフルエンザワクチン なし・あり → (年 月)

▼コロナ・インフルエンザ感染者との接触はありましたか？

なし・あり → 家族・職場/学校・その他()

▼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()

▼錠剤が飲めない方

希望する薬の種類 → シロップ・粉薬

▼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()ヵ月 授乳中ですか？ いいえ・はい

こちらの問診表は、保険証と合わせて診察時に直接医師へお渡しください