

フリガナ		男 ・ 女	生年月日		
氏名			明・大・昭・平・令	年	月
住所	(〒 -)				
電話番号	ご自宅	携帯	15歳以下のお子様 (体重 Kg)		

★ご紹介 (ご紹介者様: 様)

1. どのような症状ですか。以下に○を付けてください。

発熱 : ない / ある _____ °C 呼吸困難

耳(右・左) : 聞こえにくい かゆみ 痛み 耳あか 耳鳴 耳だれ 耳閉塞感 めまい

鼻 : 鼻づまり 鼻汁 においがしない いびき くしゃみ 鼻血

のど : いたみ 飲みこみにくい 異物感 声がれ 咳 たん

その他 : 頭痛 吐き気 首の腫れ 顔の麻痺 言葉の遅れ 発音
味がわからない 睡眠時無呼吸 その他()

2. その症状はいつからですか?

3. すでに他の医療機関で治療を受けましたか?

いいえ / はい (いつ: _____ どの病院: _____)

4. 過去に下記の病気にかかったり、現在治療中の病気はありますか? ない

ある : 高血圧 糖尿病 心臓病 脳卒中 腎臓病 肺疾患 喘息 甲状腺疾患 緑内障
新型コロナウイルス感染 その他()

🌸花粉症(鼻アレルギー) 一年中 春・夏・秋・冬

5. 過去に手術を受けたことはありますか(いつ頃、どのような手術を受けられましたか)

なし / あり (_____)

6. 血液をサラサラにするお薬を飲んでいますか? いいえ / はい

7. 現在飲んでいるお薬がありましたらお書きください(※お薬手帳をお持ちの方は受付にお出しください)

(お薬/病院・医院名)

8. アレルギーについてご記入ください

薬のアレルギーが ない / ある 薬剤の名前: _____
麻酔薬のアレルギーが ない / ある 薬剤の名前: _____
食物アレルギーが ない / ある 食物の名前: _____

9. 喫煙歴: 吸わない / 以前吸ってた / 吸う 1日 本 × 年間

10. 飲酒歴: 飲まない / 飲む: 週(回)、 1日量(を 杯)

11. 女性の方にお伺いします。現在妊娠されていますか? 妊娠している / していない / わからない

12. お差支えなければご自身以外に同居されている方の人数をご記入ください (人)

※ 1ヶ月以内に海外へ行かれたか? はい / いいえ お差支えなければ国名をご記入ください()

問診票

～ご記入後、受付または病院スタッフへ提出ください～

お名前()

1. 以下の症状で該当するものにチェックしてください(複数可)。

- 発熱(37.0℃以上) _____日から _____日間 最高体温 _____℃
熱がでるので解熱剤で対応している _____日から _____日間
のどが痛い せきが出る 痰がでる いき苦しい 体がだるい
 _____日前から においがわからない・わかりにくい・嫌なにおいがする
 _____日前から 味がわからない・わかりにくい・金属のような味がする

2. 新型コロナウイルスに感染したことがわかっている方と、その方が発熱及び咳・呼吸困難などの症状がでる2日前から隔離されるまでの間に、濃厚接触(のうこうせつしょく)(*)がありましたか。あるいは、強く咳き込んでいる方と、濃厚接触がありましたか。

*濃厚接触とは:必要な感染予防策をせずに手で触れること、または対面で互いに手を伸ばしたら届く距離(1m程度)で一定時間以上接触があった場合

- なし あり

「あり」とお答えの場合、その方との濃厚接触の状況を教えて下さい。

- 同居あるいは、長時間の接触があった(車内や航空機内など)。
適切な个人防护なしで診察・看護・介護をした。
気道分泌物、体液等に直接接触した可能性がある。
1メートル以内で、感染予防なしで15分以上会話等の接触をした。

3. 今回の症状がでる前の2週間以内に新型コロナウイルス感染が多発している国や地域(緊急事態宣言が発令されている都道府県など)に行きましたか。

- なし あり

国内:県、市名() 外国:国名()

4. 最近、「3密」(密閉・密集・密接)と言われる場所や集団での感染があった場所に行きましたか。

- なし あり

5. 治療中の病気はありますか。 なし あり

- 糖尿病 心臓 呼吸器 腎臓 免疫抑制治療
がん 抗がん剤 その他 具体的に()

6. 女性の方へお伺いします。妊娠中、あるいは妊娠の可能性はありますか。

- なし あり

自由が丘 杉内医院