

# 問診

	令和 年 月 日 ( )
フリガナ	生年月日 T・S・H・R 年 月 日
名前	年齢 歳 性別 男・女
住所	
電話	携帯電話 - -
体重	kg 緊急連絡先 - -

質問① マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による情報取得に同意しますか。

はい  いいえ

\* 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をお願いします。

質問② 他の医療機関からの紹介状はありますか。

はい  いいえ

質問③ 症状はいつ頃からありましたか。

\_\_月\_\_日(\_\_) \_\_時頃から

質問④ 症状を教えてください。当てはまる□にはレ点を入れてください。

<input type="checkbox"/> 発熱 __月__日より 最高 __℃	<input type="checkbox"/> 関節・筋肉痛
<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 痰
<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 呼吸困難
<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚障害
<input type="checkbox"/> 吐き気	<input type="checkbox"/> 喉の痛み
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 鼻汁・鼻閉
	<input type="checkbox"/> 眼の痛み・結膜の充血
	<input type="checkbox"/> 下痢
	<input type="checkbox"/> 腹痛

最近の行動を教えてください。当てはまる□にはレ点を入れてください。

<input type="checkbox"/> 特になし(下記に該当なし)
<input type="checkbox"/> 感染流行地域(国内・国外を含め)への移動があった。
<input type="checkbox"/> 日常の行動を制限できていなかった。
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス患者、濃厚接触者との接触があった。その疑いがある。
<input type="checkbox"/> 周りで発熱や咳・痰をする人がいた。
<input type="checkbox"/> その他 (医療や介護に関する仕事など )
<input type="checkbox"/> 新型コロナワクチン接種 <input type="checkbox"/> 回接種済み <input type="checkbox"/> 未接種
<input type="checkbox"/> インフルエンザワクチン接種 <input type="checkbox"/> 接種済み <input type="checkbox"/> 未接種 (冬期のみ)

質問⑤ 現在治療中の病気を教えてください。これまでに治療を行った病気を教えてください

病名 \_\_\_\_\_ 時期 \_\_\_\_\_ 医療機関名 \_\_\_\_\_ 治療内容 \_\_\_\_\_

質問⑥ 内服中のお薬はありますか(お薬手帳があれば提示してください)。

いいえ  はい(薬品名 \_\_\_\_\_ )

質問⑦ 薬、食べ物などのアレルギーはありますか。

いいえ  はい(薬品名 \_\_\_\_\_ 食品 \_\_\_\_\_ その症状 \_\_\_\_\_ )

質問⑧ この1年間で特定健診または高齢者健診を受診しましたか。

いいえ  はい(時期 \_\_\_\_\_ 指摘事項 \_\_\_\_\_ )

質問⑨ 喫煙歴はありますか。  なし  あり \_\_歳から \_\_本/日 x \_\_年間 (\_\_年前から禁煙)

飲酒はしますか。  いいえ  はい(1週間で \_\_日 種類 \_\_\_\_\_ 量 \_\_\_\_\_ )

質問⑩ 女性の方へ

妊娠  あり (\_\_週)  なし 授乳  あり  なし

質問⑪ 最終の飲食の時間を教えてください。 \_\_\_\_\_ いつ( \_\_\_\_\_ ) 何を( \_\_\_\_\_ )

質問⑫ 当院へは初めての受診ですか。  はい  いいえ(前回の受診は \_\_\_\_\_ 頃)

紹介者( \_\_\_\_\_ )  近医より( \_\_\_\_\_ )  発熱センターより

電話帳  インターネット  当院のホームページ  その他( \_\_\_\_\_ )

質問⑬ 受診に際し、伝えたいことがあれば記載してください。