ID:

問 診 票

ふりがな		生年月日	（西暦）　年　月　日（満　歳）
お名前	（未成年の場合保護者名もご記入ください→）		
ご住所	（現在お住まいの住所を記入ください）〒	ご職業	
TEL	携帯電話　　自宅 ※常に連絡のとれる番号を記入ください		

1. 今回の症状が始まったのは　月　日　来院時体温：　℃　SpO2：　%

2. この症状で別の病院に受診していますか　いいえ / はい ➡ 紹介状　あり/ なし

3. あてはまる症状に✓をつけ、それぞれいつ頃からか記入してください（書ける範囲でお願いします）

□発熱　・昨日　℃　・おととい　℃
□自身で検査を受けて陽性になった→検査日：　月　日/検査方法：PCR 検査・抗原検査
□のどの痛み（　月　日から）　□せき　（　月　日から）　□強いだるさ（　月　日から）
□頭痛　（　月　日から）　□息苦しさ（　月　日から）
□味覚異常（　月　日から）　□嗅覚異常（　月　日から）
□吐き気　（　月　日から）　□嘔吐　（　月　日から）　□下痢　（　月　日から）
□その他のご症状（　）

4. 新型コロナウイルス肺炎陽性者との接触はありましたか
いいえ / はい　➡どの方が陽性でしたか？（　）

5.二週間以内に海外渡航をしましたか
いいえ / はい ➡　いつ頃：　渡航先：

6.新型コロナウイルスワクチンの接種をうけましたか
いいえ / はい ➡（・接種回数　回　・最終接種日　年　月　日
・ワクチンの種類に〇：ファイザー/モデルナ/アストラゼネカ/不明）

7. 下記の疾患があれば、〇をつけてください（他に治療中の疾患があれば、その他にご記入ください）
悪性腫瘍 / 慢性閉塞性肺疾患（COPD） / 慢性腎臓病 / 高血圧 / 糖尿病 / 喫煙歴
脂質異常症 / 肥満（BMI30 以上） / その他疾患（　）
➡当院以外で治療中であればご記入下さい。（医療機関名：　治療内容：　）

！！重要！！

◎今までに、薬によるアレルギーが出た事はありますか？　ある方は薬品名と症状を記入して下さい
いいえ / はい ➡（薬品名：　症状：　）
◎今までに採血等で気分が悪くなったことがありますか？　はい ・ いいえ
◎緑内障の既往歴はありますか？　はい ・ いいえ
◎（男性の方のみ）前立腺肥大症の既往歴はありますか？　はい ・ いいえ
◎（女性の方のみ）　現在、妊娠中ですか？　はい（　週）・ いいえ
現在、授乳中ですか？　はい ・ いいえ

の範囲は、現在記入不要

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いたします。

8. マイナ保険証（マイナンバーカードの健康保険証利用）による診療情報取得に同意しますか？
いいえ ／ はい

9.（8 で「いいえ」の方のみ） 現在他の医療機関で処方されている薬はありますか？
いいえ ／ はい ➡（処方されている薬の名前：　）

10.（8 で「いいえ」の方のみ） 1 年以内に特定健診を受診しましたか？
いいえ ／ はい ➡・受診時期：　年　月頃
・指摘事項（例；高血圧など）：