

感染症外来  
ID:

# 問 診 票

年 月 日

|      |                            |      |      |     |   |   |
|------|----------------------------|------|------|-----|---|---|
| ふりがな |                            | 生年月日 | (西暦) | 年   | 月 | 日 |
| 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<br>※常に連絡のとれる番号を記入ください |      |      | 自宅  |   |   |

こちらで記入します  
SpO2: PR:

- 今回の症状が出始めたのは 月 日 来院時体温: °C
- 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
- 症状を具体的に記入してください(書ける範囲でお願い致します)  
☐ 体温・昨日 °C ・おととい °C  
☐ 検査を受けて陽性になった (検査日: 月 日/検査方法: PCR・抗原)  
☐ 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( )
- インフルエンザウイルス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? ( )
- 新型コロナウイルス感染症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? ( )
- 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: ]
- 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 / 不明
- 下記の疾患があれば、○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 / 脂質異常症  
肥満(BMI30以上) / 喫煙歴 / 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がありますか? 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

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。

9. 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
10. (9 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: )
11. (9 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):