

内科初診問診票

お分かりになる範囲で結構ですので、下記ご質問にお答えください。

ふりがな			
お名前			
年齢		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

本日はどのような症状で来院しましたか。

いつ頃から	()から
症状	以下に当てはまるものにチェックしてください <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 関節の痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 目のかゆみ <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> ふらつき <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 気分の落ち込み <input type="checkbox"/> その他 ()
現在治療中の病気 はありますか	以下に当てはまるものにチェックしてください <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肺気腫 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> その他 ()
今飲んでるお薬を教 えて下さい	
薬、食べ物のアレル ギーはありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 具体的にご記入ください
今までになった大きな 病気を教えてください	
身内の方に次のよう な方がいますか	<input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他 ()
喫煙	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 以前していた <input type="checkbox"/> 現在もしている。1日()本を()年
飲酒	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 以前飲んでいて <input type="checkbox"/> 現在飲んでいる。1日量()を週()日。
妊娠	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 不明
授乳	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない

初診の方のみ以下をご記入ください

生年月日	
住所	〒
電話番号(携帯可)	
何を見て当院をお知 りになりましたか？	<input type="checkbox"/> インターネット(□クリニックHP・□病院検索サイト(□病院ナビ □ドクターズファイル)) <input type="checkbox"/> その他の病院検索サイト() <input type="checkbox"/> ご家族、知人の紹介 <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 公開講座案内 <input type="checkbox"/> 折込みチラシ <input type="checkbox"/> 地域の地図 <input type="checkbox"/> 他医療機関の紹介 <input type="checkbox"/> 雑誌(頼れるドクター・文芸春秋) <input type="checkbox"/> その他 ()

当院記入欄 (KT P BP SPO2)

発熱等風邪症状ある方への問診票

以下の項目にチェックをしてください。

1. ここ2週間以内に渡航歴がある	いいえ ・ はい
「はい」と答えた方へ: 渡航先 期間	
2. 同居者や職場のよく接している人に発熱あるいはせき(呼吸器症状)のある人がいる	いいえ ・ はい
3. 高齢者や免疫抑制剤などの治療を受けている方との接触はありますか	いいえ ・ はい
「はい」と答えた方へ具体的にどのような方になりますか(わかる範囲で結構です) ()	
新型コロナウイルスワクチン接種歴 接種日と接種したワクチンメーカーを記載してください	
ワクチンメーカー:ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ : 未接種 /2回以下	
3回目: 年 月 日 ;ファイザー・モデルナ アストラゼネカ	4回目 年 月 日:ファイザー・モデルナ アストラゼネカ
5回目: 年 月 日 ;ファイザー・モデルナ アストラゼネカ	6回目 年 月 日:ファイザー・モデルナ アストラゼネカ

令和 年 月 日

職業: _____

氏 名 _____ (満 歳)