

外来受付および問診票

2023年 月 日記入

| | | | |
|--------------|------------------|------------------------|-----------|
| フリガナ 氏名 | 生年月日 | 明・大・昭・平 年 月 日(歳) | 性別 男・女 |
| 郵便番号 自宅住所 | (〒 -) マンション名 | | |
| 電話番号 | 携帯: () | 固定電話もしくは ご本人様以外の連絡先 | : () |
| 勤務先 | ご職業(具体的に) | | |

* 必ず、緊急時にご連絡が取れる電話番号をご記入ください。 身長 cm 体重 kg

・どんな症状がありますか？

来院時KT= ① °C ② °C SpO₂=

月 日 から

- ・咳 ・喉が痛い ・痰 ・鼻水 ・頭痛
- ・発熱 °C (/ ~ / まで) ⇒ 市販薬・下熱剤の服用()
- ・息切れ ・倦怠感 ・腹痛 ・下痢 ・嘔気 / 嘔吐 ・味覚、嗅覚障害 ・結膜炎
- ・その他()

・渡航歴について

- ・都道府県、市区町村()
- ・国名() ・地域()
- ない ・ ある ・ 渡航期間 (出国日 年 月 日 ・ 入国日 年 月 日)
- ・ 国外居住者(入国日 年 月 日)

・ご自身、ご家族や勤務先でのことをおうかがいします

- ・ご自身が、過去に新型コロナウイルスに感染したことがありますか
ない ・ ある (年 月) ⇒ 自宅療養 ・ 入院 (/ ~ /)
- ・勤務先やご家族に、新型コロナウイルス感染者、もしくは濃厚接触者がいますか
いない ・ いる ()
- ・ご家族で具合の悪い人はいますか
いない ・ いる ()

・新型コロナワクチン接種歴について

直近の接種回数 回 (接種年月日 R 年 月 日 製薬会社名) ・ 無 ・ 不明

・現在、他の医療機関で治療(投薬)を受けていますか？

- いない ・ いる → (病名:)
- 飲んでいるお薬 (薬名:)

・今までにかかった病気の有無を○で囲んでください

- 悪性腫瘍 ・ 慢性閉塞性肺疾患 ・ 慢性腎臓病 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 脂質異常症
- ない ・ ある 肥満(BMI30以上) ・ 喫煙歴 ・ 生活習慣病()
- その他()

・臓器の移植、免疫抑制剤、抗がん剤等の使用、 その他の事由により免疫の機能低下はありますか

はい ・ いいえ

- ・アレルギーのある薬剤について ない ・ ある(種類及び症状:)
- ・食べ物やその他でアレルギーについて ない ・ ある(種類及び症状:)
- ・タバコ(電子タバコ含む)について
吸わない ・ 吸う(紙 ・ 電子) → (1日約 本 年間)
以前は吸っていた(紙 ・ 電子) ⇒ (歳まで 年間 1日 本)

・入院をしたことはありますか？

- ない ・ ある → 病名() ・ 何歳()

・女性の方 現在妊娠・授乳していますか？

- 妊娠 : ない ・ ある → (ヶ月) ・ 可能性あり → (最終月経 月)
- 授乳 : していない ・ している