

問診票(高校生以上)

ID 記入年月日：令和 . .

フリガナ		男・女	大正・昭和・平成	
氏名			年	月日生(歳)
現住所 *変更された際はお知らせ下さい	【〒 - 】			
電話番号	() -	体重	. kg	
携帯番号 *変更された際はお知らせ下さい	- -	当院での体温	. °C	

☐ 本日は他の医療機関からの紹介状はお持ちですか

(はい ・ いいえ)

☐ マイナ保険証(保険証と紐付けされたマイナンバーカード)をお持ちですか

(はい ・ いいえ)

☐ 「はい」と答えられた方 は本日、診療情報取得に同意されましたか

(はい ・ いいえ)

☐ 現在治療中の病気はありますか

☐ 高血圧 ☐ 高コレステロール血症 ☐ 糖尿病 ☐ ぜんそく

☐ その他()

通院中の医療機関名() 最終受診日(/)

☐ また、薬を飲んでいますか

(はい ・ いいえ)

☐ 「はい」と答えられた方 はどのようなお薬を飲まれていますか(お薬手帳をお持ちでしたらご提示下さい)

()

☐ 過去に大きな病気にかかったことはありますか(入院や手術を要する病気など)

(はい ・ いいえ)

☐ 「はい」と答えられた方 はどのような内容ですか (病名 . 歳頃)

☐ その時、輸血をしましたか (はい ・ いいえ)

☐ 今までに、肝炎にかかったことがありますか

(はい ・ いいえ)

☐ 過去に薬や注射や食品で、湿疹やかゆみ等の症状が出たことがありますか

(はい ・ いいえ)

☐ 「はい」と答えられた方 はどのような薬・注射・食品でしたか ()

☐ タバコを吸いますか

(はい ・ いいえ)

☐ 「はい」と答えられた方 は1日に何本吸いますか (本/日)

☐ お酒は飲みますか

(はい ・ いいえ)

☐ 「はい」と答えられた方 は1日に何をどれくらい飲みますか (種類 : ml/日)

☐ この1年間で健康診断を受診しましたか

(はい ・ いいえ)

☐ 「はい」と答えられた方はいつ頃受診されましたか 受診日(月頃)

裏面もご記入下さい⇒

◆症状はいつからですか？（ 月 日頃～）

◆当てはまる症状にチェックを入れてください。

□ 発熱

いつから() (最高体温 . °C)

(解熱剤内服の有無) ☐なし ☐あり(時頃)

□ 咳

□痰

☐ 頭痛

□鼻水

☐ 喉の痛み

□嘔氣

□嘔吐

□下痢

☐ 關節痛

□倦怠感

□味覚・嗅覚障害

☐ 腹痛

□ 食欲不振

□寒氣

☐ 腰背部痛

□排尿違和感

☐ かゆみ(部位)

☐ その他

$$(\quad)$$

◆感染リスク 職場/家族/集団感染リスク(2週間以内)

・身の周りでの発熱者 ☐なし ☐あり(関係:)

◆検査の希望

☐なし ☐医師と相談

☐あり(インフルエンザ・新型コロナ)

➡ ご希望の項目に○をつけて下さい

◆女性の方へ（レントゲン検査や投薬に配慮する為）

現在妊娠している可能性はありますか？
(生理が予定より遅れているなど)

☐はい → ☐妊娠中 ☐可能性あり ☐不明

☐いいえ → ☐生理中 ☐最終月経日(/) ☐授乳中 ☐閉経

◆その他、何かございましたら、ご記入ください。

ご記入後は受付までお願い致します。

いつきクリニックー宮