

問診票

令和 年 月 日

患者 ID: _____

氏名 _____

生年月日: S・H・R 年 月 日

〒 _____

住所: _____

携帯電話番号: _____

新型コロナウイルス感染者の方と一緒にいたことがありますか? はい ・ いいえ
はいの場合、それはいつ頃ですか? _____ 日前ころ

陽性であった方との関係をご記入ください (例: 会社の同僚) _____

2週間以内に海外に行きましたか? はい (渡航先: _____) ・ いいえ

以下の症状がいつからありますか? ある場合、○印をつけてください。

最初の症状: _____ 月 _____ 日頃から: 必ず記入してください。

発熱 (最大 _____ °C) 咳 全身倦怠感 (だるさ) 頭痛 吐き気・嘔吐 下痢

臭いが分かりにくい 味が分かりにくい 咽頭痛 その他 (_____)

現在、治療中の疾患について、記入してください。

病名: (_____)

現在内服している薬はありますか? ・ある ・ない

薬の名前: (_____)

アレルギーはありますか? ・ある ・ない

ある場合、それはどのようなアレルギーですか? (_____)

女性の方へ

妊娠している可能性はありますか? ・いいえ ・はい

現在、授乳中ですか? ・いいえ ・はい

飲酒、喫煙について

飲酒 毎日飲む 機会があれば飲む まったく飲まない(飲めない)

1日にビール 日本酒 焼酎 ウイスキー] を [_____ ml]

喫煙 吸う 1日に [_____ 本] を [_____ 本] から

吸わない 以前吸っていた [_____ 年間・1日 _____ 本]

COVID-19 のワクチン接種状況について ・接種済 ・未接種

接種回数: _____ 回 最終接種日: _____ 年 月 日

ワクチン製造会社 ・ファイザー ・モデルナ ・アストラゼネカ ・ノババックス ・その他

当院は診療情報等を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めます。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します。 黒川診療所