

患者様ID

問診票

記載日 年 月 日

[体温: °C] [血圧: / mmHg] [脈拍: /分] [SPO2: %] ※職員記入欄

以下当てはまる数字・項目に○印をつけるか、ご記入でお答えください。

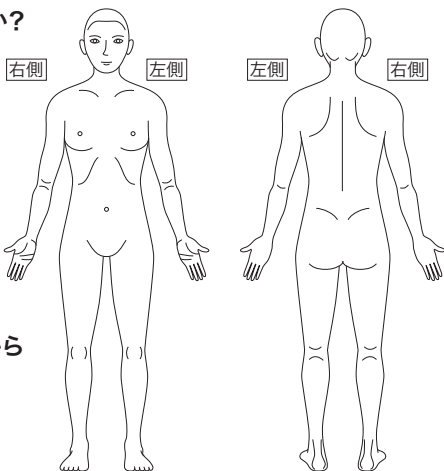
氏名 性別 年齢 職業

新型コロナウイルスに感染したことはありますか? 1. いいえ 2. はい (いつですか? / ~ /)

1週間以内に発熱がありましたか? 1. いいえ 2. はい (いつですか? 日前)

新型コロナワクチン接種回数・接種日を教えてください。接種回数は?(回接種済み) 最終接種日は(/)

I 今日診てもらいたいところはどこですか? ■どのような症状ですか? ※詳しくご記入ください。



または、右図に書き込んでください。

■それはいつ頃ですか?

- 1. 時間前から
2. 日前から 3. 週間前から
4. カ月前から 5. 年前から
6. 不明

■利き腕は? 右・左

II 今回の症状で治療されましたか?

- 1. 何もしていない 2. 他の病院・診療所を受診 病院・診療所
3. 市販の薬を買った 薬名
4. その他

III 現在、治療中の病気はありますか?

- 1. ない 2. ある その病気は? いつからですか?

■手術をされたことがありますか?

- 1. ない 2. ある 病名

■かかりつけの病院や医院(診療所)はありますか? ない・ある 病院名

IV 現在、常用しているお薬がありますか? ■お薬手帳 ない・ある

- 1. ない 2. ある 何のお薬ですか

V ご自身の既往歴・ご家族の既往歴を伺います。

ご自身 糖尿病 腎臓病 がん 高血圧 結核 脳卒中 梅毒 てんかん 結石 その他

ご家族 糖尿病 腎臓病 がん 高血圧 結核 脳卒中 梅毒 てんかん 結石 その他

VI 何かのアレルギーはありますか?

- 1. ない 2. ある 何のアレルギーですか

■今までに薬・麻酔・アルコール消毒などで異常がありましたか?

- 1. ない 2. ある 何で どんな異常

VII ご自身の嗜好についてお聞かせください。

タバコ 1. 吸わない 2. 吸う 1日平均 本 喫煙歴 年 3. 禁煙 年

飲酒 1. 飲まない 2. 飲む 1日平均

VIII 過去2週間の間に、海外へ行かれましたか?

- 1. いいえ 2. はい どの国 期間

IX 女性の方に 現在妊娠の可能性はありますか?

- 1. ない 2. わからない 3. 妊娠 カ月

最終月経 年 月 日から 年 月 日まで(順調・不調) 閉経 歳