

# 問診票

来院日： 年 月 日

患者氏名：

生年月日：大正・昭和・平成・令和 年 月 日（ 歳）

身長 cm 体重 kg 体温 °C

## 1. 本日はどのようなことがあり、来院されましたか？

(紹介状をお持ちですか？ はい ・ いいえ )

## 2. 現在服用している薬はありますか？

いいえ

不明

はい

※お薬手帳をお持ちの方はお出してください。

## 3. アレルギーはありますか？

いいえ

不明

はい

食品  薬剤  その他( )

## 4. (女性の方のみ回答)妊娠の可能性はありますか？

いいえ

不明

はい

授乳中

妊娠中

裏面へ続く

## 5.感染チェックリスト

### (1)風邪症状がありますか？

- なし
- 不明
- あり → 該当する症状に○を付けてください。  
( 5日以内の37.5℃以上の発熱 咽頭痛 咳 鼻づまり 鼻汁 頭痛 )  
月 日から

### (2)1週間以内に抗原検査、またはPCR検査を実施しましたか？

- いいえ
- 不明
- はい → はいの場合、検査日と結果を記入して下さい。  
( 月 日 )( 陰性 陽性 )

### (3)1週間以内に新型コロナウイルス感染の方、又は検査中の方との接触がありましたか？

- なし
- あり

### (4)1ヶ月以内の海外渡航歴はありますか？

- なし
- あり → 入国後の隔離期間( 月 日 ~ 月 日 )

### (5)今、強い倦怠感がありますか？

- なし
- あり → いつから倦怠感がありますか？( 月 日 )

### (6)今、腹部に不快な症状はありますか？

- なし
- あり → 該当する症状に○を付けて下さい。また、それはいつからですか？  
( 吐き気 嘔吐 下痢 ) ( 月 日 )

### (7)今、味覚障害・嗅覚障害はありますか？

- なし
- あり → 該当する症状に○を付けて下さい。また、それはいつからですか？  
( 味覚障害 嗅覚障害 ) ( 月 日 )

### (8)同居家族(入院又は入所中の場合、院内又は施設内)に37.5℃以上の発熱者はおられますか？

- いいえ
- はい → ( )

### (9)新型コロナワクチンは接種されましたか？

- いいえ
- はい → 接種済の場合、接種日を御記入ください  
1回目( 年 月 日 ) 2回目( 年 月 日 )  
3回目( 年 月 日 )

当院では、現在の体温 37.5℃以上、又はチェック項目に「あり又は不明」と該当する場合、発熱の原因精査を行う場合があります。

医療法人清仁会シミズ病院