

※再診の方は太枠内のみの記入で結構です。

<問診票 (熱・せき・のどの痛み・息苦しさのある方用)> 受診日 年 月 日

お名前	ふりがな	生年月日	年齢
	男 ・ 女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	歳
ご住所	〒 -		
電話番号：	メールアドレス： <small>※メールアドレスは予約の呼出や医院からのお知らせの送付にのみ使用します。</small>		

1、以下の質問にわかる範囲で結構ですのでお答えください。

体温： _____ °C

※来院前・来院時の検温にご協力願います。

- ・発症日 月 日
- ・発症時の症状：発熱・せき・のどの痛み・息苦しさ・だるさ・味覚や嗅覚がおかしい・その他 ()
- ・発症後のマスク着用： あり ・ なし
- ・現在の症状：
- ・過去にかかった病気や入院・手術歴 あり ・ なし 病名：
- ・現在治療中の病気 あり ・ なし 病名
- ・新型コロナウイルス感染症の方との濃厚接触の有無 あり (月 日) ・ なし ・ 不明
- ・2週間以内の流行地域への渡航の有無 あり (月 日 より帰国) ・ なし
- ・接触者外来やドライブスルーPCR 検査を受けることになった場合に自家用車での移動は可能ですか？ 可 ・ 不可

2、普段内服されているお薬やサプリメントがあれば、わかる範囲でご記入ください。

薬： サプリメント：

3、お薬や食べ物などのアレルギーはありますか？ (はい ・ いいえ)

“はい”の方は具体的に記入してください。

4、たばこは吸いますか？ (はい ・ いいえ)

1日 () 本 × () 年間 ※禁煙された方もご記入願います。

5、お酒は飲みますか？ (はい ・ いいえ)

種類と量： (例：ビール大瓶 1本を週2-3回、日本酒 1合を毎日 など)

6、女性の方にお聞きます。

・妊娠の可能性はありますか？ (はい ・ いいえ) ・授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

7、身長・体重を教えてください。 身長： cm 体重： kg

8、当院を知ったきっかけは何ですか？

当院公式ホームページ ・ 病院検索サイト {病院ナビ・caloo・EPARK・その他 () }

自宅や職場の近隣 ・ 看板 (本山駅・覚王山駅・電柱) ・ ご家族、知人からの紹介 ()

その他 () ※差し支えなければどなたからの紹介か教えてください

9、お薬手帳はお持ちですか？ (はい ・ いいえ ・ 忘れました)

↳ お薬手帳は必要ですか？ (はい ・ いいえ)