＜**問診票**（**コロナ後遺症の相談の方用**）＞　　　　　　　　　　　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：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ：  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※ﾒｰﾙｱﾄﾞ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。 | | | |

体温：　　　　　　℃

※来院前・来院時の検温にご協力願います。

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。

　　・現在お悩みの症状で当てはまるものに〇をつけてください。

　　　微熱・咳・のどの痛み・痰・だるさ・呼吸苦・味覚障害・嗅覚障害・食欲低下・意欲低下・集中力低下・不眠・脱毛・

疲れやすさ・記憶力低下・胸の痛み・目の充血・頭痛・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　・その症状はいつからですか？　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　・新型コロナの発症日：　　　　　　　　　　　　　　　　診断日：

　　・感染初期はどんな症状がありましたか？

　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　・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

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、女性の方にお聞きします。

　　　・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｛caloo・EPARK・google・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　　）