

**※再診の方は太枠内のみ記入で結構です。**

**<問診票 (コロナ後遺症の相談の方向) >**

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： ※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。		

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

・現在お悩みの症状で当てはまるものに○をつけてください。

※来院前・来院時の検温にご協力願います。

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？ ( )

・新型コロナウイルスの発症日： \_\_\_\_\_ 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 )