

問診票 1

氏名 _____

日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

体温: . 度 SpO2: % ← 診療所にて測定

本日は何科の受診をご希望ですか? 内科 耳鼻咽喉科

マイナンバーカードによる健康保険証確認にともない、取得可能な医療情報の利用に同意しますか?

はい いいえ

いつ頃から、どのような症状がありましたか?具体的に記入して下さい →風邪症状の方は裏面「問診票2」に

[_____]

上記の症状に対して、他の病院で治療を受けた、また市販薬の服用がありますか?

[_____]

これまで薬(鎮痛剤、抗生剤、造影剤など)によるアレルギー症状の経験がありますか?

ない、 ある 「ある」の場合は何ですか? [_____]

これまで薬以外(花粉、食べ物など)によるアレルギー症状の経験がありますか?

ない、 ある 「ある」の場合は何ですか? [_____]

今まで入院、手術などの経験がありますか?

ない、 ある 「ある」の場合その年齢、ならびに病名をお教え下さい

年齢・病名 [_____]

新型コロナウイルス感染症に感染した事がありますか?

ない ある 「ある」の場合いつ頃でしょうか [_____ 年 _____ 月頃]

他院に定期的に通院していますか?

ない ある 「ある」の場合病名、処方されている薬をできる限り詳しくお教え下さい

病名 [_____]

お薬 [_____]

健康診断にて要経過観察、要精査など指摘された事項はありますか?

ない、 ある 「ある」の場合の指摘事項をお教え下さい

[_____]

タバコを現在、または過去に吸っていましたか?

いいえ 吸う [_____ 本/日] 過去に吸っていた [_____ 歳頃まで _____ 本]

お酒を飲みますか?

いいえ はい [_____]を週に [_____]回位飲む

常用しているサプリメント、健康食品がありますか?

いいえ はい 具体的に [_____]

男性に 前立腺のことで注意を受けたことがありますか?

いいえ はい

女性に 妊娠中、または妊娠している可能性がありますか、もしくは授乳中ですか?

いいえ はい

ピルを飲んでいますか?

いいえ はい

診療によって得た情報を、将来の医学研究のために個人を特定できない形で使用する場合があります

承認する 承認しない

問診票 2

風邪症状の方にかかっています。以下の該当する事があればお教え下さい（複数可）

発熱（37.5度以上）が _____ 日より _____ 日まで 最高 _____ 度

喉が痛い 咳が出る 痰が出る 息苦しい

体がだるい 頭痛 耳がつまる 鼻がつまる

嗅覚がおかしい 味覚がおかしい

熱が出るので、解熱剤を飲んでいた

他院にかかっていたが軽快がない

（その治療薬 _____ ）