

お名前 (カタカナ)	
---------------	--

ID:

 エントリー済み

## 内科 / 小児科 問診票

\* 診察券のない方は診療申込書もご記入下さい

◎ (小学生以下の方) 体重 . kg

◎ 診察前体温

℃

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか。(詳細は診察室でお話下さい。)

いつ頃からですか。

頃から

どのような症状ですか。具体的にまた簡潔にご記入をお願いいたします。

発熱・咳・倦怠感症状がある方は下記も回答下さい。

◎ 3日前からずっと37.5以上の熱が続いていますか。(解熱剤を飲み続けなければならない間も含み)

 いいえ  はい

◎ 強いだるさ・息苦しさはありますか。

 いいえ  はい

◎ 味覚障害・嗅覚障害等がありますか。

 いいえ  はい

◎ 基礎疾患(糖尿病・心不全・呼吸器疾患)等がございますか。

 いいえ  はい

◎ 下痢の症状は出ていらっしゃいますか。

 いいえ  はい

◎ 過去にコロナウイルス感染症と診断されたことはありますか？

 いいえ  はい いつ頃 ( 年 月 日) 医療機関名 ( )

現在服用中のお薬がありましたら記入してください。お薬手帳をお持ちの方は診察室でご提示下さい。

 いいえ  はい → :お薬手帳  あり  なし

お薬の形(粉末・錠剤・シロップ等)の希望がありましたら記入してください。

 いいえ  はい → :  粉末  錠剤  シロップ

2. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こしたことがありますか。

薬・注射のアレルギー

 いいえ はい

→

薬剤名:

→

アナフィラキシー(けいれんやショック状態)  ある  ない

卵・牛乳のアレルギー

 いいえ はい

→

アナフィラキシー(けいれんやショック状態)  ある  ない

3. 今までに大きな病気にかかったことはありますか。(けいれん、喘息、てんかん、先天性疾患など)

 いいえ  はい → :

ここからは成人の方のみご回答下さい

4. 喫煙歴について  喫煙はしない 喫煙をしている。( 1日 本 年間くらい) 以前喫煙をしていた。( 1日 本 年間くらい)5. 飲酒について  飲酒の習慣はない。 飲酒の習慣がある。(頻度  ほぼ毎日  週に 回くらい)

6. 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか  いいえ  はい  可能性あり授乳中ですか  いいえ  はい

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出願います。