問　診　票　内科・脳神経外科　西暦　　年　　月　　日

ふりがな		生年月日・年齢
患者氏名		明・大 昭・平　　年　　月　　日（　　）歳

＊紹介状・レントゲン等の画像・お薬手帳をお持ちの方は受付にご提出下さい。

○どのような症状ですか？当てはまるものにチェックするかその他に記入して下さい。

□咳　□痰　□鼻水　□のどの痛み　□関節痛　□腹痛　□胃痛

□下痢　□吐気　□嘔吐　□膀胱炎症状　□頭痛　□めまい　□だるい

□しびれ（部位　　）□動悸　□胸痛　□呼吸苦　□食欲不振

□貧血症状　□健康診断後の再検査

□その他（　　）

○いつ頃から症状がありますか？　　月　　日　　時頃から

○熱はありますか？　□いいえ

□はい　（体温　　℃）　　月　　日　　時頃から

○今までにかかったことのある病気はありますか？

□高血圧　□糖尿病　□心疾患　□肝臓病　□胃潰瘍　□高脂血症　□透析中

□前立腺肥大　□脳血管障害　□緑内障　□その他（　　）

・治療はされていますか？　□いいえ　□はい　・・・・（病院名：　　）

○現在、服用中の薬はありますか？

□いいえ　□はい　・・・・（薬の名前：　　）

○薬や食べ物でアレルギーはありますか？

□いいえ　□はい　・・・薬（　　）食べ物（　　）

○女性の方にお聞きします。現在妊娠中ですか？

□いいえ　□はい（　　）ヶ月　□授乳中

○①から⑦で当てはまる項目があればチェックして下さい。

□①発熱（３７．５℃以上）がある。　持続日数　　日間

□②咳、くしゃみなどの呼吸器症状がある（１週間以内にあった）　　月　　日発症

□③過去１ヵ月以内に海外渡航歴がある

（渡航先：　　）　　月　　日～　　日間

□③COVID-19 感染症や海外帰国者などとの接触歴がある　　月　　日接触

□④同居者に肺炎症状を疑う人や呼吸器症状のある人がいる　　月　　日最終接触

□⑤味覚、嗅覚障害がある　・・・・・・・・・・　　月　　日発症

□⑥下痢がある　・・・・・・・・・・・・・・・・　　月　　日発症

□⑦本人、および家族に３密（＊）にあたる行動歴が１週間以内にある

＊３密（密閉空間、密集場所、密接場面）：ライブハウス・酒場等