

問診票(一般用)

記入日(令和 年 月 日)

診察の参考にいたしますので、わかる範囲でご記入ください。

ふりがな		性別	生年月日		
氏名		男・女	明治	年 月 日(歳)	
			大正		
			昭和		
			平成		
住所	〒	現在の体温	°C	体重	kg
電話番号		世帯主			
当院受診履歴 <input checked="" type="checkbox"/> してください。	<input type="checkbox"/> 初診 <input type="checkbox"/> 再診(1ヶ月以内に受診あり) ※その場合は、受診した月日をご記入ください。 ____月 ____日				

①今日どのような症状で来院されましたか？

※風邪症状の方は該当するものを○で囲んでください。

(熱 ・ セキ ・ タン ・ 鼻水 ・ 喉の痛み ・ 頭痛 ・ 関節痛 ・ 腹痛 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ その他)

②この症状が気になりだしたのは、いつごろからですか？

(年 月 日 時 分頃)

③今までにかかった病気がありましたら○で囲んでください。

・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 胃潰瘍 ・ 心臓病 ・ 脳血管障害
・ 肝臓病 ・ 喘息 ・ 腎臓病 ・ その他()

④今までに手術を受けたことがありますか？

・ ある (年 月頃) ・ ない

⑤現在治療中の病気がありますか？

・ はい () ・ いいえ

⑥現在服用中のお薬がありますか？

・ はい () ・ いいえ

⑦今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

・ はい () ・ いいえ

⑧嗜好品についてお伺いします。当てはまる方へ☑を付けてください。

・ お酒 飲まない 飲む (1日)
・ たばこ 吸わない 吸う (1日 本くらい)

⑨2週間以内に海外に行かれましたか？

・ はい (国名:) ・ いいえ

■女性の方のみお答えください。

◇現在妊娠の可能性はありますか？ ・ はい (ヶ月) ・ いいえ

◇授乳中ですか？ ・ はい ・ いいえ

⑩そのほかに気になること、質問等ございましたらご記入ください。

※本日、お薬手帳をお持ちでしたら見せてください。(ある ・ なし)

新型コロナウイルス感染症に関する問診票

埼玉県医師会 Ver. 2

以下の項目をチェックしてください。

1.	息苦しさ（呼吸困難）、強いだるさ（倦怠感）、 高熱等の強い症状のいずれかがある	いいえ ・ はい
2.	味覚・嗅覚障害などの症状がある	いいえ ・ はい
3.	熱や咳など比較的軽い風邪の症状が続く	いいえ ・ はい
4.	重症化しやすい方（※）で、発熱や咳などの 比較的軽い風邪の症状がある	いいえ ・ はい
5.	同居者に発熱あるいはせき（呼吸器症状）のある人 がいる	いいえ ・ はい

（※）高齢者、糖尿病、心不全、呼吸器疾患（COPD等）等の基礎疾患がある方
や透析を受けている方、免疫抑制剤や抗がん剤等を用いている方

令和 年 月 日（ ）

氏 名 (満 歳)

男 ・ 女（妊娠なし ・ あり）

基礎疾患等 なし・あり（ ）