

内科問診票（初診用）

受診日 令和 年 月 日

ふりがな

お名前 _____ (男・女) 体温(当院で測定したもの) _____ °C

生年月日 昭・平・令 年 月 日(歳)

(1) 本日はどうされました？ (例) 精密検査 風邪 腰痛 けが等

精密検査以外の方は、(2)をご記入ください。

(2) いつから、どのような症状ですか？(詳しくご記入ください)

- ・県外、渡航歴：なし・あり(月 日から 月 日まで 場所)
- ・味覚障害・嗅覚障害：なし・あり
- ・風邪薬の使用：なし・あり(薬名)
- ・食欲不振：なし・あり
- ★コロナワクチン接種(回目) いつ?()
- ★過去にコロナにかかったことがありますか？ なし・あり(いつ頃?:)

全ての方ご記入ください

(3) 基礎疾患はありますか？ 該当するものに○をつけてください。

糖尿病 ・ 高血圧 ・ 脂質異常症(高コレステロール血症) ・ 認知症
心不全 ・ 呼吸器疾患(COPD) ・ 免疫抑制剤の使用 ・ 抗がん剤の使用
透析治療中 ・ その他()

・手術されたことはありますか？(いいえ ・ はい)【病名 _____】

・入院されたことはありますか？(いいえ ・ はい)【病名 _____】

(4) お薬や食べ物でアレルギー症状が出たことがありますか？(はい ・ いいえ)
『はい』とお答えの方 → お薬 ・ 食べ物の名前 (_____)

(1) 嗜好品についてお聞きします。

たばこ： 吸わない ・ 吸う(1日 本 / 約 年間)
アルコール： 飲まない ・ 飲む(何を: _____ 量: _____ mL/ 週に _____ 回 ・ 月に _____ 回)

(2) 女性にお聞きします。

妊娠中ですか？ (はい ・ いいえ) ⇒ 妊娠 _____ ヶ月 _____ 週
授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)
月経 (順調 ・ 不調) 閉経 (_____ 才)

ご協力ありがとうございました
高重記念クリニック

