

ふりがな		男 ・ 女	電話番号	自宅：
氏名				携帯：
生年月日	年 月 日 (才)		※ 18才未満の方にお伺いします	
住所	〒		保護者氏名：	
			連絡先：	
			車のナンバー 車の色()ナンバー()	

以下の質問にお答えください。記入が終わりましたら、玄関横のインターホンを押して下さい。

1) 現在、通院中または治療中の病気はありますか？

・はい → 下記の当てはまる病名に○をつけて下さい

- ・ 高血圧症
- ・ 心臓病 (不整脈・狭心症など)
- ・ 糖尿病
- ・ 白内障
- ・ 緑内障
- ・ 脂質異常 (高コレステロールなど)
- ・ 呼吸器疾患 (喘息など)
- ・ 前立腺肥大
- ・ 腎疾患
- ・ 整形外科疾患
- ・ 甲状腺疾患
- ・ その他 ()

通院している病院を教えてください ()

・いいえ

2) 現在、飲んでいるお薬はありますか？

・はい → ・お薬手帳はお持ちですか？

・はい (問診票と一緒に、スタッフへお渡してください)

・いいえ・忘れた → お薬の名前を教えてください

・いいえ

(薬の名前：)

3) お薬・注射・食品などに、アレルギーはお持ちですか？ (じんましん、気分不快など)

・はい → アレルギーの原因を教えてください ()

・いいえ

4) 現在、妊娠中ですか？ ・はい (妊娠何週： 週) ・いいえ ・授乳中

5) ご様子を教えてください。

月日			
熱			
症状	咳・痰・鼻汁	咳・痰・鼻汁	咳・痰・鼻汁
	喉の痛み	喉の痛み	喉の痛み
	息苦しさ	息苦しさ	息苦しさ
	体のだるさ	体のだるさ	体のだるさ
	腹痛	腹痛	腹痛
	嘔吐()回	嘔吐()回	嘔吐()回
下痢()回	下痢()回	下痢()回	
頭痛・関節痛	頭痛・関節痛	頭痛・関節痛	
その他			

6) お近くに、コロナ・インフルエンザ・発熱の方はいますか？

・いない

・いる (コロナ・インフルエンザ・その他)

→ どなたですか？ ()

7) コロナワクチンの予防接種を受けていますか？

・接種していない

・接種した 回数 (回)

→ 最終接種日： 年 月

8) 現在、喫煙していますか？

→ ・はい ・いいえ

9) 1年間で健康診断を、受けていますか？ → ・はい ・いいえ

10) マイナンバーカードご利用の方におたずねします

・マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか？ → ・はい ・いいえ

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

ご記入いただき、ありがとうございました。

【スタッフ記入欄】 ※ ここから下は、記入しないで下さい。

・ 3診 → 説明 (済・未) 移動済 ・ SpO2 : %

・ 届出 : 必要 不要 ・ 専用薬の処方 : あり なし