

ID

問診票

初・再 検査希望なし・あり 来院日 令和 年 月 日

氏名	様 男・女	生年月日	S H R 年 月 日 (歳)
住所	〒	電話番号	携帯 自宅
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	妊娠・授乳中	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
マイナ保険証による情報取得に同意されますか？ <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない			
他の医療機関からの紹介状を持っていますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 他の医療機関に通院していますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
現在治療中の病気はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 慢性呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 心血管疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍() <input type="checkbox"/> その他()			
当院以外から処方されたお薬はありますか？ お薬手帳をお持ちの方はお見せ下さい (マイナ保険証による情報取得に同意された方は省略可能です) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 薬名()			
これまで大きな病気にかかられましたか(入院や手術を要する病気等)？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (病名)			
この1年間で特定健診・長寿健診を受診されましたか？ (マイナ保険証による情報取得に同意された方は省略可能です) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> あり (受診時期 年 月 指摘事項)			
ここ数日で自宅での抗原検査キット、医療機関などで検査を受けていますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 検査日(月 日) 結果 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 (新型コロナ・インフルエンザA・B)			

1. 症状の経過 ※いつからどのような症状が現れたかを簡単にご記入ください 来院時体温 _____ °C

月 日 時ころから

2. 発熱の有無 なし あり (月 日 時ころから 最高 _____ °C)3. 症状は？ 悪化傾向 改善傾向 変化なし

4. 現症状 ※下記の症状で該当するものを○で囲んでください

- ・発熱 ・倦怠感 ・悪寒
- ・頭痛 ・関節痛 ・筋肉痛 ・のどの痛み ・のどのイガイガ感 ・声枯れ
- ・咳 (夜眠れる/眠れない) ・痰 (透明/黄色) ・鼻水(透明/黄色) ・鼻づまり ・息苦しさ
- ・吐き気 ・嘔吐 ・下痢 ・腹痛

その他()

5. 発熱者や新型コロナ・インフルエンザなどに罹患した人との接触はありましたか？ (□家族 □家族以外)

いいえ はい → 発熱者 新型コロナ インフルエンザA/B その他

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おります。
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致します。

中江クリニック