内科　問診表

医事課チェック欄

ID：	登　録	問　診	
済			
裏			代筆者

※カタカナでご記入お願いたします。

お名前 （カタカナ）	

※下記の質問にご回答ください。（初めての方は診療申込書もご記入ください）
代筆においても、問診に虚偽内容があった場合は、次回以降の診療をお断りさせて頂く場合がございます。予めご了承ください。

※当院では新型コロナウイルスに関するPCR検査は行っておりません。

※院内では、感染予防の為、必ずマスクの着用をお願い致します。

◎診察前体温　　.　　℃　◎同伴者体温　　.　　℃

● 過去5日間以内に発熱はありましたか （37.5℃以上、または平熱より1℃高い）	□ はい　□ いいえ 月　日 から
○ 発熱やのどの痛み、その他風邪症状は4日以上続いていますか⇒	□ はい　□ いいえ
○ 発症日から5日間以内に新型コロナウイルス感染者と接触した	□ はい　□ いいえ
○ 新型コロナウイルス感染症と診断されたことがある （令和　年　月　日）	□ はい　□ いいえ

最高熱	症状　いつから、どのような
.　℃	月　日から

現在服用中のお薬がありましたら記入してください。お薬手帳をお持ちの方は診察室でご提示下さい

□いいえ　□はい →：　お薬手帳　□あり　□なし

診察時に希望する検査はありますか（例：採血、レントゲン撮影やCT撮影、胃カメラ、心電図等）

□いいえ　□はい →：

※上記は診療した医師の判断により実施しない可能性もございます。

今までに薬や食べ物でアレルギー症状（発疹、気分不快など）を起こしたことがありますか。

薬・注射のアレルギー

□いいえ　薬剤名：

□はい　→　アナフィラキシー(けいれんやショック状態)　□ある　□ない

今までに大きな病気にかかったことはありますか。（がん、けいれん、喘息、先天性疾患など）

□いいえ　□はい →：

女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか　□いいえ　□はい（　週目）　□可能性あり

授乳中ですか　□いいえ　□はい

※妊娠中の方（可能性あり含む）、授乳中の方は、検査やお薬に制限が出る場合がございます。

ここからは成人の方のみご回答下さい

喫煙歴について　□　喫煙はしない

□　喫煙をしている。（　1日　　本　　年間くらい）

□　以前喫煙をしていた。（　1日　　本　　年間くらい）

飲酒について　□　飲酒の習慣はない。

□　飲酒の習慣がある。　（頻度　□ ほぼ毎日　□　週に　　回くらい）

ご記入ありがとうございました。