

# 問診票①

(現在の体温)	(SPO2)	%	(記入年月日)	年	月	日
(フリガナ)	(性別)	(国籍)				
(氏名)	男性	女性	(日本語)	可	不可	
(生年月日)	(年齢)	(身長)				
M・T・S・H・R	年	月	日	歳		cm
(住所) 〒		(体重)				kg
		(BMI)				
(電話番号)	(携帯電話)					

## ◆20歳未満の方は必ずご記入ください

(保護者氏名)	(保護者連絡先)
(保護者住所：保護者と同居されていない方)	

## ◆本日の主訴（一番気になっている事、診てほしいこと）

--

## ◆下記の症状の有無、いつごろから症状があるのか、その他ご記入ください。

発熱	有	無	頃から	(何度でしたか)
咳	有	無	頃から	
倦怠感	有	無	頃から	
息苦しさ	有	無	頃から	
頭痛	有	無	頃から	
喉の痛み	有	無	頃から	
鼻水	有	無	頃から	
たん	有	無	頃から	
嗅覚味覚の障害	有	無	頃から	
嘔気、嘔吐	有	無	頃から	
下痢	有	無	頃から	
結膜炎	有	無		
その他症状	有	無	頃から	(具体的症状)
(その他なんでもご記入ください)				
同居家族または職場等にコロナ感染者の方はいましたか			はい	いいえ
(1週間以内)				

## 問診表②

(氏名) \_\_\_\_\_

(記入年月日) 年 月 日

◆既往症等の有無をお答えください

悪性腫瘍	有	無	(薬の有無)	有	無
慢性閉塞肺疾患 (COPD)	有	無	(薬の有無)	有	無
慢性腎臓病	有	無	(薬の有無)	有	無
高血圧	有	無	(薬の有無)	有	無
糖尿病	有	無	(薬の有無)	有	無
脂質異常症	有	無	(薬の有無)	有	無
心疾患	有	無	(薬の有無)	有	無
肝疾患	有	無	(薬の有無)	有	無
神経疾患	有	無	(薬の有無)	有	無
精神疾患	有	無	(薬の有無)	有	無
ダウン症	有	無			
臓器移植、免疫抑制剤、抗がん剤の使用	有	無	(具体的に)		
肥満 (BMI30以上)	有	無	1枚目記載確認	〈体重kg ÷ 身長m ÷ 身長m〉	
喫煙歴	有	無	(1日の本数)		
飲酒歴	有	無	(飲酒の頻度)		
アレルギー	有	無	(具体的に)		
手術歴	有	無			
入院歴	有	無			
輸血歴	有	無			
治療中の疾患	有	無	(病名)		
その他の既往歴					

◆女性の方は必ずご記入ください◆

現在妊娠中、又はその可能性	有	無	不明
現在妊娠中の方は妊娠何週目になりますか	週目		
現在授乳中ですか	はい	いいえ	

当院までの移動手段

自家用車の場合  
(車種・色・ナンバー)