ID

内科　初診問診票

ふりがな			性別	生年月日	T・S・H　　年　　月　　日
氏名			男・女		
住所	〒				
電話	（自宅）		（携帯）		
緊急連絡先	氏名：	ご本人との関係		電話番号	
身長	cm	体重	kg	体温	℃

1.　今日はどのような症状で受診されましたか？（いつから、どこが、どんな症状）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2.　今までにかかったことのある病気や治療中の病気はありますか？　（はい　・　いいえ）

□高血圧　□糖尿病　□心疾患　□肝臓病　□腎臓病　□喘息　□脳卒中　□肺炎

□がん　□精神疾患　□胃腸の病気

その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

3.　手術を受けたことはありますか？　（はい　・　いいえ）　（何歳ころ、何の病気で）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

4.　現在内服されている薬はありますか？　（はい　・　いいえ）（お薬手帳があればお出しください）

薬剤名【＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿】

5.　薬や食べ物にアレルギーはありますか？　（はい　・　いいえ）

「はい」の方→（何に対して、どのような症状）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

6.　たばこを吸いますか？　□吸っている　□過去に吸っていた　□吸ったことがない

「吸っている・過去に吸っていた」方→（＿＿＿＿歳から＿＿＿＿歳まで、1 日＿＿＿＿本）

7.　お酒を飲みますか?　□飲む　□過去に飲んでいた　□飲まない

「飲む・過去に飲んでいた」方→（何を：＿＿＿＿＿＿　1 回量：＿＿＿＿＿＿　頻度：ほぼ毎日 ・ 週 2～3 回 ・ 月に数回）

8.　女性の方へ→ 現在妊娠されていますか？ または妊娠の可能性はありますか？（はい　・　いいえ）

9.　ご家族（血縁）で下記の病気の方はいますか？（はい ・ いいえ）《　》に関係を記入してください

□がん《　　》　□糖尿病《　　》　□高血圧《　　》　□脂質異常症《　　》　□遺伝性疾患《　　》

１０.コロナワクチンの接種履歴はありますか？

１回目（　　月　　日）　２回目（　　月　　日）　３回目（　　月　　日）

１１．当院をどのようにお知りになりましたか？（複数回答可）

□ インターネット　□ 看板広告　□ チラシ　□ 知り合いから（　　）　□ 家族から

□ 自宅が近い　□ 他院から（　　）

□ その他（　　）

ご記入有難うございました。記入が終わられましたら受付までお声かけ下さい。

ID

内科　発 熱 問 診 票

記入日：　令和　　年　　月　　日

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　来院時体温＿＿＿＿＿＿＿＿℃

本日の緊急連絡先 TEL：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

●２４時間以内に、37.5℃以上の発熱はありますか？（ いいえ ・ はい ）　　最高　　℃

●ご家族や周りで、体調不良の方はおられますか？（ いいえ ・ はい ）

●ご家族や周りで、新型コロナの感染を強く疑われる方あるいは感染者の方はおられますか？
（ いいえ ・ はい ）

●最近、多人数での会食やイベントなどに参加される機会はありましたか？（ いいえ ・ はい ）