きかわだクリニック問診表　（体調不良外来）

ＩＤ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

① お名前（ふりがな）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　性別（男・女）　年齢＿＿＿＿歳

〒　　－

ご住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号：　　生年月日(西暦)＿＿＿＿年＿＿月＿＿日

携帯電話：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　職業＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

身長＿＿＿＿＿＿cm　体重＿＿＿＿＿＿ｋｇ

喫煙（吸っている・以前吸っていた＿＿歳～＿＿歳/1日＿＿本・吸ったことがない）

同居家族（なし・配偶者・親・祖父母・子供＿＿＿＿人・その他＿＿＿＿人）

① 過去に大きな病気をしたことはありますか？

（　　）

② 下記の病気で現在治療中(定期的な通院や投薬をうけている)ものがあれば○をしてください。

悪性腫瘍・慢性閉塞性肺疾患（COPD）・気管支喘息・慢性腎臓病・心疾患・

高血圧・糖尿病・脂質異常症

その他（　　）

③ 何かアレルギーはありますか？

（　　）

④ 女性の方のみ：妊娠　（有・無）　　授乳　（有・無）

⑤ 今日はどのような症状で来院されましたか？該当する症状をご記入ください。

頭痛	あり（　日　時～）・なし	咳	あり（　日　時～）・なし
のどの痛み	あり（　日　時～）・なし	鼻水/鼻づまり	あり（　日　時～）・なし
下痢/嘔吐/腹痛	あり（　日　時～）・なし	関節痛/筋肉痛	あり（　日　時～）・なし
倦怠感	あり（　日　時～）・なし	食欲不振	あり（　日　時～）・なし
寒気/発汗	あり（　日　時～）・なし		
発熱	あり（　日　時～）・なし	解熱剤の服用	あり・なし

⑥ 自宅や他院にてコロナの検査は行いましたか？

はい　（　行った場合は結果と月日記載　⇒　　月　　日　　陽性・陰性　　）

いいえ

⑦ 発熱・感染症にかかっている方との接触はありましたか？

はい　（何の感染症ですか？　　）

いいえ

⑧ 上記⑦でインフルエンザの方と接触した方のみお答えください。

インフルエンザの予防接種は接種しましたか？

はい　（接種時期　　月　上旬・中旬・下旬　）

いいえ

当院は診療情報を取得・活用する事により、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、マイナ保険証のご利用にご協力お願い致します