

きかわだクリニック問診表 (体調不良外来)



I D _____

① お名前：
ふりがな

性別（男・女） 年齢 _____ 歳

〒 _____
ご住所： _____

電話番号： _____ 職業 _____
携帯電話： _____ 昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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）

② 過去に大きな病気をしたことはありますか？

（ _____ ）

③ 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（ _____ ）

④ 何かアレルギーはありますか？

（ _____ ）

⑤ 女性の方のみ：妊娠（有・無） 授乳（有・無）

⑥ 今日はどのような症状で来院されましたか？該当のものにご記入ください

・発熱（いつから・何度ぐらい？） _____

・咳（いつから _____ ） ・息苦しさ（いつから _____ ）

・倦怠感（いつから _____ ） ・頭痛（いつから _____ ）

・嘔吐（いつから _____ ） ・下痢（いつから _____ ）

・咽頭痛（いつから _____ ） ・味覚・嗅覚障害（いつから _____ ）

・症状なし

・その他症状（詳細 _____ ）

⑦ コロナのワクチンは接種されましたか？（ある・ない）

ある場合

接種回数 _____ 回

直近のワクチン接種（ _____ 年 _____ 月 _____ 日）

直近の接種ワクチン（ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ・ノババックス・不明 _____ ）

----- 以下 看護師が記入します -----

入院の必要性（有・無） S p O 2 値（ _____ %） 発症日（ _____ 月 _____ 日）