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：　　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）

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　　）

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

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。

－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－以下　看護師が記入します－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－

発症日　（　　月　　日　）