

きかわだクリニック問診表 (体調不良外来)



ID _____

① ^{ふりがな}お名前 : _____ 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)

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) のものがあれば○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 _____)
- ・倦怠感 (いつから _____)
- ・嘔吐 (いつから _____)
- ・咽頭痛 (いつから _____)
- ・症状なし
- ・その他症状 (詳細 _____)
- ・息苦しさ (いつから _____)
- ・頭痛 (いつから _____)
- ・下痢 (いつから _____)
- ・味覚・嗅覚障害 (いつから _____)

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)