

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 今日はどう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 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）ワクチンの種類（経鼻・注射）

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