きかわだクリニック問診表　（体調不良外来）

KIKAWADA CLINIC

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）

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。

・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・吐気（いつから　　）　　・下痢（いつから　　）

・のどの痛み（いつから　　）　　・味覚・嗅覚障害（いつから　　）

・鼻水・鼻づまり（いつから　　）

・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。