

フリ ガナ  
氏 名

男 / 女 (未婚 / 既婚)

住 所

電話番号

携帯番号

年齢 歳 / 職業 / 身長 cm / 体重 kg

■本日みてもらいたい場所はどこですか？

その部位に○印をつけて下さい。

■いつごろからですか？

■次のような症状はありますか？

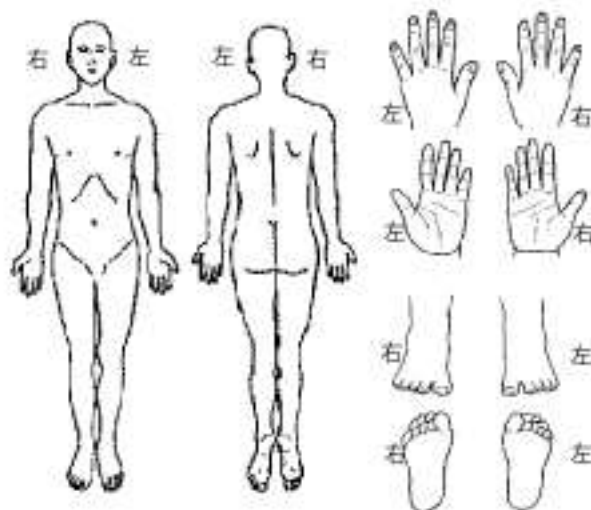
かゆみ ・ いたみ ・ その他 ( )

■この症状で、現在あるいは過去に他院で治療を受けたことはありますか？ はい ・ いいえ

「はい」の方→医療機関名 ( )

言われた病名 ( )

どのような薬が処方されましたか？ ( )



■今までにかかった病気や治療中の病気に○をつけて下さい。

アトピー性皮膚炎 ・ アレルギー性鼻炎 ・ アレルギー性結膜炎 ・ 花粉症 ・ 気管支喘息  
高血圧 ・ 糖尿病 ・ 胃潰瘍 ・ 腎臓病 ・ 脳梗塞/脳卒中 ・ 前立腺肥大 ・ 緑内障  
心臓病 (ペースメーカー なし・あり) ・ 肝臓病 (B型肝炎 ・ C型肝炎) ・ 甲状腺疾患  
がん/腫瘍 (部位 ) ・ 精神疾患 (うつ、統合失調症等) ・ その他 ( )

かかっている医療機関名 ( )

処方されているお薬の名前 ( )

■以前に漢方を飲んだことがありますか？ なし ・ あり (薬剤名: )

■お薬や食べ物にアレルギーがありますか。 はい ・ いいえ

「はい」の方・・・お薬・食べ物の名前 ( )

■今までに局所麻酔を行って具合が悪くなった事がありますか？ はい ・ いいえ

■女性の方へ

妊娠している可能性は？ ある ( ヶ月) ・ ない

授乳中ですか？ はい ・ いいえ

■通院手段はなんですか。

車 (自分 ・ 他人) ・ タクシー ・ 電車 ・ バス ・ 徒歩 ・ その他 ( )

■当院をお知りになったきっかけは何ですか？ (該当する項目全てに○をして下さい)

以前通院したことがある ・ 近所に在住 (自宅 ・ 職場) ・ ホームページ ・ 広告  
知人 ・ 他の医療機関からの紹介 ( ) ・ その他 ( )

# 新型コロナウイルス感染拡大防止のための問診票

本日受診の患者様、付添いの方、ご家族の状況について、下記の①から⑥までお答えください。

## 患者様ご本人

① 発熱（平熱より1度以上高い）がありますか？

- いいえ     はい

② 自覚症状（咳、のどの痛み、味やにおいを感じにくいなど）はありますか？

- いいえ     はい

③ 新型コロナウイルス感染症と診断された方、または疑いのある方と濃厚接触はありましたか？

- いいえ     はい

### 【濃厚接触とは】

・新型コロナウイルス感染症と診断された方と、発症日より2日前から（無症状病原体保有者は検体採取の2日前から）、同居あるいは長時間の接触があった方。または1m以内の距離でお互いにマスクをせずに15分以上会話をした方。

・新型コロナウイルスと診断されたまたは疑いのある方の気道分泌液（痰、鼻水）もしくは体液等の汚染物質に直接接触した可能性の高い方。

④ 喫煙状況

- 現在、吸っている     過去に吸っていた     吸っていない

⑤ 新型コロナウイルスワクチンの接種状況についてご記入ください。

1) 接種済みの回数

- 0回     2回     3回

2) 最終接種日                      年                      月

## 本日付き添われている方 および ご家族の状況

⑥ 上記①～③にあてはまる人がいる

- いいえ
- はい（状況： \_\_\_\_\_ )

- 必要に応じ、詳細についてお話を伺う場合がございます。
- 院内感染防止に、ご理解ご協力をお願い致します。