

# 問診票(高校生以上)

ID

記入年月日 : 令和 . .

フリガナ			男・女
受診者氏名 (かかられる方)			
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生( 歳 ヶ月)		
現住所	【〒 - 】		
電話番号	( ) -	体重	kg
携帯番号	- -	当院での体温	. °C

\*変更された際にはお知らせ下さい

1. 過去に大きな病気をしたり、ケガをしたり、入院したことがありますか。( はい・いいえ ) 「はい」と答えられた方 どのような内容ですか。( 病名 / 歳ごろ ) その時、輸血をしましたか。( はい・いいえ )
2. 現在、他の病院に通院していたり、薬を飲んでいたりしていますか。( はい・いいえ ) 「はい」と答えられた方 どのようなお薬を飲まれていますか。 ( )
3. 今までに、肝炎にかかったことがありますか。( はい・いいえ )
4. 過去に薬や注射で、湿疹やかゆみ等の症状が出たことがありますか。 ( はい・いいえ ) 「はい」と答えられた方 どのような薬・注射でしたか。 ( )
5. タバコを吸いますか? ( はい・いいえ ) 「はい」と答えられた方 は1日に何本吸いますか。( 本/日 ) 「はい」と答えられた方 は禁煙をしたいと思われますか? ( はい・いいえ )
6. お酒は飲みますか ( はい・いいえ ) 「はい」と答えられた方 は1日に何をどれくらい飲みますか。(種類 ) ( ml/日 )
7. 本日の症状を裏面にご記入ください。

## ◆症状はいつからですか？( 頃～)

## ◆かぜ症状(当てはまる症状にチェックを入れてください。)

- 発熱(いつから ) (解熱剤内服の有無 なし あり)  
咳 痰 その他呼吸器症状( )  
関節痛 倦怠感 味覚・嗅覚障害 頭痛  
鼻水 喉の痛み 嘔吐 下痢  
腹痛 食欲不振 寒気 痛み(部位 )

## ◆その他症状

- 腰背部痛 排尿違和感 かゆみ(部位 )  
その他( )

## ◆感染リスク 渡航歴/旅行歴/職場/家族/集団感染リスク(2週間以内)

- ・海外、国内への移動 なし あり  
 (期間: / ~ / )(場所: )  
 ・身の周りでの発熱者 なし あり(関係: )  
 ・新型コロナ陽性者との接触 なし あり(接触を疑う日: / )  
 「あり」の方は、以下の項目に当てはまる場合チェックを入れて下さい  
コロナ陽性者と同居あるいは長時間(15分以上)の接触があった  
適切な感染防護無しに患者を診察、看護もしくは介護していた  
コロナ陽性者の気道分泌液や体液等の汚物物質に直接接触した可能性が高い  
その他、手で触れることの出来る距離で必要な感染予防策無しで、  
 15分以上接触があった  
 ・コロナワクチンは接種されましたか？  
はい ( 回目まで接種済。最終接種日 / ) いいえ

## ◆女性の方へ (レントゲン検査や投薬に配慮する為)

現在妊娠している可能性はありますか？  
(生理が予定より遅れているなど)

- はい → 妊娠中 可能性あり 不明  
いいえ → 生理中 最終月経日( / ) 授乳中 閉経

## ◆その他、何かございましたら、ご記入ください。