

問診票

令和 年 月 日

新型コロナウイルスの感染拡大を防ぐ為、問診票のご記入をして頂いております。
ご理解、ご協力の程、宜しくお願い致します。



医療法人 東内科医院

ＩＤ		性別	生年月日		年齢
ふりがな		男・女	年 月 日		歳
氏名			年 月 日		歳
(保護者氏名)		体温	度	体重 (14歳以下のみ)	kg
住所	〒 -				
日中連絡の 取れる電話	自宅・携帯・勤務先・その他 ()				

以下の質問にお答えください

症状	下記に該当する症状がありますか？ 該当する症状をチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 該当する症状なし <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 嗅覚異常 <input type="checkbox"/> 食欲不振・低下 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> ふらつき									
	その他、気になる症状はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()									
基本情報	現在治療中の病気はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 糖尿病</td> <td><input type="checkbox"/> 呼吸器疾患</td> <td><input type="checkbox"/> 腎疾患</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 心疾患</td> <td><input type="checkbox"/> 免疫抑制剤</td> <td><input type="checkbox"/> 高血圧</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 抗がん剤</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> その他 ()</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患	<input type="checkbox"/> 腎疾患	<input type="checkbox"/> 心疾患	<input type="checkbox"/> 免疫抑制剤	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 抗がん剤	<input type="checkbox"/> その他 ()	
	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患	<input type="checkbox"/> 腎疾患							
	<input type="checkbox"/> 心疾患	<input type="checkbox"/> 免疫抑制剤	<input type="checkbox"/> 高血圧							
	<input type="checkbox"/> 抗がん剤	<input type="checkbox"/> その他 ()								
現在、内服中のお薬はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬の名前：)										
過去に大きな病気や手術の経験はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()										
女性の方：妊娠中もしくは授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (<input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 授乳中)										
服用する際、希望する薬の形状はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (<input type="checkbox"/> 粉薬 <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> 水薬)										
その他	その他、聞きたい事、伝えたい事									
希望の検査	希望する検査にチェックしてください (<input type="checkbox"/> 新型コロナ <input type="checkbox"/> インフルエンザ) ※ 御希望がない場合でも、医師の判断により検査を行うことがあります。									