

# 初診問診票

受診日： 令和 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	
氏名		男・女	年	月 日生
住所	〒	身長	cm	歳
		体重	kg	ヶ月
TEL①		TEL②		
来院手段	車・自転車・徒歩・その他( )			

①症状 月 日 朝・昼・夜から

発熱 ( °C) ・咳・痰・鼻水・喉の痛み・息苦しい・頭痛・関節痛・倦怠感・食欲がない  
吐き気・嘔吐・下痢・腹痛・嗅覚味覚異常・発疹・  
その他 ( )

②同居家族・学校・勤務場所など身近な人にコロナ感染者の方や濃厚接触者の方はいますか？

いいえ・はい ( )

③コロナの検査を希望されていますか？ (当院は抗原検査です)

いいえ・はい

★ 15分前後で検査が出ます。車の方は車中でお待ちください。

自転車、徒歩の方は屋外でお待ちいただくか、一旦自宅にお帰りいただいても大丈夫です。

保護者がいらっしゃる場合は保護者の方だけお戻りいただいても大丈夫です。

15分経過し、戻られたら受付にお名前を伝えてください。

④現在、治療中の病気や服用中の薬はありますか？ いいえ・はい

薬剤名【お薬手帳をお持ちの方は診察時にお見せください】

( )

⑤今までに大きな病気をしたり、手術を受けたりしたことがありますか？

はしか(麻疹)・三日ばしか(風疹)・おたふくかぜ・水ぼうそう・百日咳・喘息・アトピー・腎臓病  
高血圧・心臓病・糖尿病・その他 ( )

⑥以下に該当する基礎疾患はありますか？ なし・あり

悪性腫瘍・慢性呼吸器疾患 (COPD等) ・慢性腎臓病・喫煙歴・心血管疾患(高血圧含む)  
糖尿病・脂質異常症・肥満 (BMI30以上) ・臓器移植歴・免疫抑制剤、抗がん剤等の使用・  
その他の事由による免疫機能低下 ( )

⑦今までに薬・注射・食品などで発疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか？

なし・あり ( 年 月頃) (品名 )

⑧今までひきつけを起こしたことがありますか？

なし・あり ( 年 月頃)

⑨飲む薬に○をつけてください。 水薬 粉薬 錠剤 カプセル

⑩当院に来られたきっかけは？

子ども ( ) が受診あり・紹介 ( ) 様・クチコミ・インターネット・  
雑誌・タウンページ・駅の広告(堺市・天王寺)・その他 ( )

《女性の方》

⑪現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか？ なし・あり

⑫現在授乳中ですか？ いいえ・はい