

ID:
カナ

氏名:

性別: 年齢:

新型コロナウイルス感染症対策用 質問票

SpO2 %

受診日:

1. 受診のきっかけについての質問です。			
①	コロナウイルスの検査を受けたことがある 検査の種類(PCR ・ 抗原 ・ その他) 検査を受けた日(20 年 月 日)	はい	いいえ
2. 新型コロナウイルスに対するワクチン接種についての質問です。			
新型コロナウイルスに対するワクチンは接種しましたか		はい	いいえ
ワクチン接種回数 (回)			
直近の新型コロナウイルスワクチン接種年月日 (20 年 月 日)			
直近に接種した新型コロナウイルスワクチンの種類(下記選択肢を○で囲んでください)			
1. ファイザー 2. モデルナ 3. アストラゼネカ 4. ノババックス 5. 不明 6. その他()			
3. 重症化リスク因子となる疾病についての質問です。			
以下の中で該当するものがあれば○で囲ってください。			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 悪性腫瘍(がん)、慢性肺疾患(慢性閉塞性肺疾患など)、慢性腎臓病、心血管疾患 脳血管疾患、喫煙歴、高血圧、糖尿病、脂質異常症、肥満、妊娠 免疫不全状態(移植後、免疫抑制剤、抗がん剤、AIDSなど) </div>			
4. 連絡先についての質問です。			
新型コロナウイルス感染症と診断した際、当院や行政機関から連絡する場合に使用します。 必ず連絡のとれる電話番号をできるだけ複数ご記入ください。			
本人連絡先		その他連絡先	
①	- -	③	お名前 ()
②	- -		- - (ご関係:)
保険証に記載のある住所と現在の居住場所が異なる場合は住所をご記入ください。			
住所: 〒			
未成年の方は、保護者の連絡先(電話番号)をご記入ください。			
保護者氏名:		(ご関係:)	
保護者電話番号:			

内科問診票

来院日

フリガナ			年齢	職業	身長:	cm
氏名					体重:	kg
					体温:	℃

下記の質問にお答え下さい。(該当する項目に記入、もしくは○をつけて下さい。)

1. 今回どのような症状で受診されますか。

発熱 (本日の自宅での体温 °C ・ 最も高かった体温 月 日 °C) ・ 咳 ・ 痰
 のどの痛み ・ 息苦しさ ・ 倦怠感 ・ 比較的軽いかぜ症状の持続 ・ 排尿時痛 ・ 残尿感 ・ 腫瘍(しこり)
 頭痛 ・ 胸痛 ・ 腹痛 ・ 関節痛 ・ 背部痛 ・ 吐き気 ・ 嘔吐 ・ 腹満感 ・ 下痢 ・ 便秘
 健康診断又は人間ドックで精密検査が必要と言われた(当院 ・ 他院※) ※他院で受けられた方は、
 何の精密検査ですか。() 検査結果も提出して下さい。
 その他 ()

2. その症状はいつ頃から起こりましたか。
 月 日頃から

3. 同じ症状で他院にかかりましたか。
 (いつ: 病名:) はい いいえ

4. 現在までに何か大きな病気で治療を受けたことはありますか。(該当に○をつけて下さい。)
 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 高血圧 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 脳血管疾患 ・ 甲状腺 ・ 膠原病 ・ がん
 緑内障 ・ ペースメーカー ・ 肺疾患(喘息・肺炎腫・肺結核・じん肺など) ・ 精神疾患
 その他() はい いいえ

5. 現在までに何か手術を受けたことはありますか。
 (いつ: 病名:) はい いいえ

6. 現在飲んでいる薬はありますか。
 [薬の名前] はい いいえ

7. お酒はどのくらい飲まれますか。(頻度: 回/週)(種類:)(量: ml) はい いいえ

8. タバコは吸いますか。(1日 本 年間)
 ※「いいえ」の方→以前喫煙していた場合(歳から 歳まで1日 本喫煙) はい いいえ

9. 現在、妊娠中ですか。又は妊娠の可能性はありますか。 はい いいえ

10. 現在、授乳中ですか。 はい いいえ

11. ここ6ヶ月以内に渡航歴・国内での移動歴はありますか。
 →はいの方 どちらに行かれましたか。
 月 日 ~ 月 日 () はい いいえ

12. 感染症であると確定した方、疑われる方との接触歴はありますか。
 ※「はい」の方→該当に○をつけてください ※それはいつ頃ですか 月 日頃
 新型コロナウイルス感染症 ・ インフルエンザ ・ 感染性胃腸炎 ・ その他() はい いいえ

13. ご家族※に次の病歴はありますか。(該当に○をつけて下さい。)
 糖尿病 ・ 高血圧症 ・ 脂質異常症 ・ がん ・ 遺伝性疾患() はい いいえ
 ※血縁関係にある者(続柄:)

14. 現在までに薬剤や食物、花粉などで、アレルギー症状(発赤、じんま疹/発疹、気分不良、ショックなど)が
 起こったことはありますか。

【薬 剤】	はい →	→医師の診断が	薬剤名:	症 状:
	いいえ	(有る ・ ない)		
【食 物】	はい →	→医師の診断が	食物名:	症 状:
	いいえ	(有る ・ ない)		
【そ の 他】	はい →	→医師の診断が	その他:	症 状:
	いいえ	(有る ・ ない)		