

初診問診表

2022年 月 日

フリガナ	
患者氏名	(男 女)
生年月日 (西暦可)	明 大 昭 平 令 年 月 日 (歳)
住所	〒
電話番号	自宅() - 携帯() -
職業	

★アレルギーの有無 無 有() 身長 cm 体重 kg 体温

● 本日はどのような症状で受診されましたか？

・いつから
・症状

下記の症状がある方は○を付けてください。

・発熱 ・咳 ・咳以外の急性呼吸器症状 ・全身倦怠感 ・頭痛 ・嘔気嘔吐
・下痢 ・結膜炎 ・嗅覚・味覚障害

● 今現在治療中の疾患はありますか？また、普段飲まれているお薬はありますか？

・無 ・有→病名:
・飲んでるお薬:

医療機関名:

★女性の方にお尋ねします。

・現在妊娠中ですか？ いいえ はい(予定日 年 月) 妊娠の可能性がある
・現在授乳中ですか？ いいえ はい

● 新型コロナウイルスワクチン接種歴 無 有

・ 接種回数 回

・ 直近の接種日 年 月 日 ファイザー ・ モデルナ ・ アストラゼネカ ・ 不明

● 重症化リスク因子となる疾患等の有無 無 有

ありの場合

・喫煙歴 ・肥満(BMI 30以上) ・高血圧 ・糖尿病 ・脂質異常症
・悪性腫瘍 ・慢性閉塞性肺疾患 ・慢性腎臓病
・その他 ()

＜個人情報の提供と利用の同意について＞

当院では、患者様ご自身に関する個人情報をお知らせ頂く事により、適切な医療をするように努めております。したがって、患者様の氏名や年齢、あるいは現在の症状などの情報がなければ適切な診療ができません。また、患者様の個人情報は、ご来院された目的である病気の治療のために利用いたします。

上記の利用目的について同意いただき、情報を提供いただけますでしょうか。

(同意いただけない場合でも診療は受けて頂きますが、一部のサービスを受けられない場合があります)

同意する

同意しない