

※ 発熱・風邪外来用

## 問 診 票



ご記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

フリガナ		<input type="checkbox"/> 男性	生年月日	大・昭	年 月 日
★ お名前		<input type="checkbox"/> 女性		平・令	( 歳)
ご住所	〒	自宅電話			
		携帯電話			

該当する項目に☑チェックを付けてお答え下さい ★ 本日の体温 \_\_\_\_\_℃

★ 新型コロナウイルス感染症相談センターへ確認はお済みですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
※ いいえとお答えの方は ご受診の前に救急安心センターさっぽろへご連絡下さい ☎ 011-272-7119

ご来院のきっかけ	<input type="checkbox"/> 他院からの紹介 ※ 紹介状をお持ちの方は受付へご提出下さい <input type="checkbox"/> WEB <input type="checkbox"/> 家族や知人の紹介 <input type="checkbox"/> 看板広告 <input type="checkbox"/> 自宅や職場に近い <input type="checkbox"/> その他	
★ 本日はどうされましたか？	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 微熱が続いている <input type="checkbox"/> 時間帯によって熱が出る (発熱はいつからですか 月 日 時頃、最高 _____℃) <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> くしゃみ <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> さむけ <input type="checkbox"/> 全身の筋肉痛や関節痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 周りに感染症状のある人がいた (病名が分かる場合: _____) <input type="checkbox"/> 消化器症状 (腹痛・吐き気・嘔吐・下痢・その他: _____) ※ 上記に当てはまらない場合や、その他相談したいことがあればこちらへご記入下さい	
★ 症状はいつからですか？	<input type="checkbox"/> 今日 ( _____ ) 時頃から <input type="checkbox"/> ( _____ ) 日前から <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 現在症状はない	
★ 検査のご希望はありますか？	<input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> インフルエンザの検査 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 相談の上で検討したい	
★ 本日お食事はされましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( _____ ) 時頃	
現在治療中の病気、または過去に治療を受けた病気はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	はいとお答えの方 病 名 ( _____ ) 病院名 ( _____ ) 時期 ( _____ )
服用中のお薬はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	はいとお答えの方 薬品名 ( _____ ) ※ お薬手帳をお持ちの方はご記入は不要です 受付へご提示下さい
お薬や食品でアレルギーが出たことはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	はいとお答えの方 薬品名 ( _____ ) 食品名 ( _____ )
飲酒・喫煙について	お酒 <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 毎日 (1日に _____ を _____ 位) たばこ <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う ( _____ 歳から、1日に _____ 本位) <input type="checkbox"/> 以前吸っていた ( _____ 歳から、 _____ 年間、1日 _____ 本位)	
	女性の方へ	<input type="checkbox"/> 妊娠中 ( _____ ケ月) <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中

問診は以上です ありがとうございました