

土屋記念クリニック問診票

お分かりになる範囲でご記入ください。

< 発熱・風邪外来用 >

こちらにご記入いただく内容については、診断のためにのみ使用させていただき、個人情報として厳重に管理いたします。正しい診断結果を得るためにも、可能な限りご記入いただきますようお願い申し上げます。

受診日 年 月 日

ふりがな 氏名		生年月日	大正 昭和 平成 西暦	年 月 日
		性別・年齢	男 女	歳
住所	〒 -			
電話番号	自宅： ()	携帯：	()	
職業				

該当するものに『 』または、ご記入をお願い致します

1.今年度のインフルエンザ予防接種を受けていますか？

はい (接種日 / /) いいえ

2.新型コロナウイルス感染症患者との接触歴はありますか？

あり (最終接触日 / /) なし

3.接触確認アプリ「COCOA」の接触通知はありますか？

あり なし

4.発症から14日以内の流行地への渡航歴はありますか？

あり (国名・都市名： / / 期間： / ~ /) なし

5.今日の症状について教えてください。

① 発熱

体温： °C 発熱期間： / ~ /

経過中の解熱： あり (/ ~ /) なし

解熱剤使用： あり なし

② 呼吸器症状

咳 (/ ~) 鼻汁 (/ ~) 咽頭痛 (/ ~) 味覚・臭覚異常 (/ ~) 呼吸困難感 (/ ~)

③ その他の症状

倦怠感 (/ ~) 頭痛 (/ ~) 筋肉痛・関節痛 (/ ~) 嘔気・嘔吐 (/ ~)

下痢 (/ ~) 食欲低下 (/ ~) その他 (症状： (/ ~))

6.新型コロナウイルス検査を希望しますか？

はい いいえ

7.インフルエンザ迅速診断を希望しますか？

はい いいえ

※新型コロナウイルス検査の保険適用に関しましては、すべて診察した医師の判断になりますので、予めご了承ください。

裏面もご記入ください

8.今までにかかった病気はありますか？

ない

ある（下記に↓できるだけ詳しく教えてください）

発症年齢	病名	治療経過	現在治療中	手術		輸血	
				あり	なし	あり	なし
(例)48歳	高血圧	〇〇病院で内服治療	○	あり	なし	あり	なし
歳				あり	なし	あり	なし
歳				あり	なし	あり	なし
歳				あり	なし	あり	なし
歳				あり	なし	あり	なし
歳				あり	なし	あり	なし
歳				あり	なし	あり	なし

9.現在、ご使用の薬はありますか？ ※お薬手帳をお持ちの場合、受付にご提示ください。

ない ある ⇒薬剤名

サプリメント・健康食品

10.アレルギーはありますか？

①薬 ない ある ⇒

内容	症状
----	----

②食べ物 ない ある ⇒

内容	症状
----	----

③造影剤 ない ある ⇒

内容	症状
----	----

④その他（ゴム、ラテックス、アルコール綿など）

ない ある ⇒

内容	症状
----	----

11.女性のみお答えください

- ★妊娠 なし あり ⇒ () 週
- ★授乳 なし あり ⇒対象のお子様()歳()か月
- ★最終月経 ()月()日～()月()日/月経周期()日
- ★閉経 () 歳

12.当院をどのようにお知りになりましたか？

- 親族・知人紹介 インターネット () ホームページ 診療アプリ「CLINICS」
- 看板を見て 雑誌・新聞 () その他 ()