

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		生年月日	大正	昭和	年	月	日
氏名			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	会社員 ・ 自営業 ・ 学生 ・ 無職 ・ その他 ()						

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： / ~ /

解熱剤使用： あり なし

② 呼吸器症状（○をつけてください）

咳 ・ 鼻汁 ・ 咽頭痛 ・ 味覚、嗅覚異常 ・ 呼吸困難感

③ その他の症状（○をつけてください）

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

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

9.現在、ご使用の薬はありますか？

ない ある ※お薬手帳をお持ちの場合、受付にご提示ください。

10.薬剤アレルギーはありますか？

ない ある ⇒薬剤名

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

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 ()

ご協力ありがとうございました
T02_02_01_02_0011-6