

# 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			
		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. 新型コロナワクチンの接種を受けていますか？

- はい 1回目（接種日： / / ） 2回目（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\_0011-7