

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 | 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？

- あり（接種回数： 回）
（直近の接種日： / ファイザー ・ モデルナ）
 なし

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_0011-11