

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： ()	

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	
(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（ ）