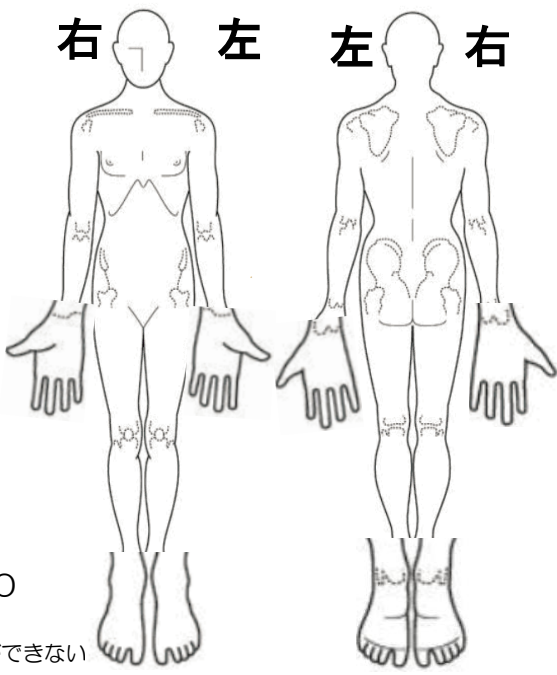


# 問診票

診察日	年 月 日	体温	℃
(フリガナ) 氏名	男・女	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
自宅住所	(職業・業務内容) (自宅電話) - - (携帯電話) - -		
体重	k g		
1.いつ頃からどのような症状でお困りですか？ ・症状のある部位を右の図で示してください ⇒ ・いつ頃からですか。 _____ 頃から ・症状が出たきっかけ、原因は何ですか？ <input type="checkbox"/> 原因不明 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 転倒・その他の外傷 <input type="checkbox"/> 労災・交通事故 受傷日 ( 年 月 日) 内容 ( ) ・どのような症状ですか。 <input type="checkbox"/> 痛い (安静時・動作時・起床時・就寝時) 性質 (ズキズキ・ジンジン・鋭い・にぶい) <b>※どのような動作で痛いですか？</b> <input type="checkbox"/> 張りがある <input type="checkbox"/> 腫れている・熱がある <input type="checkbox"/> しびれる <input type="checkbox"/> 違和感がある			
2.現在の痛みやしびれの程度に○をつけてください。 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 痛みなし 　　少し痛い 　　痛い 　　とても痛い 　　我慢ができない			
レントゲン撮影等診療前に検査をしてもよろしいですか？ (当院ではお待ち時間軽減ため問診票から院長の指示のもと診療前に検査をさせていただきます。) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
麻酔 (歯医者含む) で気分が悪くなったことがありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		注射、薬で副作用が出たことがありますか？ またどのような症状ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (症状: )	
3.過去に手術を受けたことがありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( )		4.体内に金属等がありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ステント <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> その他 ( )	
5.他病院で本日の症状について検査や治療を受けていますか？※「はい」の場合は受けた検査や使用した薬の名前をお書きください <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( )			
6.今までに下記の病気、その他入院を必要とする病気にかったことはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 胃十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> B型肝炎・C型肝炎(治療中・完治) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> その他 ( )		7.現在服用している薬がございますか？ ※お薬手帳ございましたら、ご提出ください <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (お薬の名前 )	
8.妊娠の可能性はありますか？ (女性の方のみ) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性ある <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 授乳中である			
9.介護保険について (40才以上の方のみ) ・介護認定の有無 ※「あり」の方は当てはまる数字に○をつけてください。 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 要支援 ( 1 2 3 4 5 ) 要介護 ( 1 2 3 4 5 ) 介護サービスは利用していますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア			

# 新型コロナウイルス感染症に関する問診票

記入日：令和 年 月 日

患者名

生年月日： 年 月 日

1. 本日の体温は何度ですか？（ <input type="text"/> ℃）
2. 解熱剤、痛み止め剤などを使用していますか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬剤名（ <input type="text"/> ）
3. 過去 14 以内に、あなた自身は、 <u>県外及び県内の流行地</u> に移動する機会がありましたか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある 移動した日 月 日 場所（ <input type="text"/> ）
4. 過去 14 日以内に、 <u>県外在住の方（家族・友人）</u> と濃厚接触がありましたか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある → <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 職場の人 接触した日 月 日 ~ 月 日まで 場所（ <input type="text"/> ）
5. 過去 14 日以内に、 <u>多人数が集まる場所を訪れる機会</u> がありましたか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある → <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 職場の人 <input type="checkbox"/> ある → <input type="checkbox"/> 会食 <input type="checkbox"/> コンサート <input type="checkbox"/> カラオケ <input type="checkbox"/> 居酒屋 <input type="checkbox"/> スナック 訪れた日： 月 日
6. 過去 14 日以内に、あなた自身に該当する症状にチェックしてください <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> のどが痛い <input type="checkbox"/> せきがでる <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 体がだるい <input type="checkbox"/> 嗅覚（におい）・味覚（あじ）異常 症状が発生した日： 月 日 ~ 月 日まで
7. 過去 14 日以内の、 <u>同居家族又は職場の人</u> に該当する症状にチェックしてください <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある → <input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 職場の人 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> のどが痛い <input type="checkbox"/> せきがでる <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 体がだるい <input type="checkbox"/> 嗅覚（におい）・味覚（あじ）異常 症状が発生した日： 月 日 ~ 月 日まで
8. 本日のあなた自身に該当する症状にチェックしてください <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 体がだるい <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 吐き気がある <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> その他（ <input type="text"/> ）

その他、気になることがございましたらご記入ください