

# 内科 問診票 (新患・初・再) 風邪症状

記入日： 年 月 日

|          |  |       |   |
|----------|--|-------|---|
| 診察券番号・ID |  |       |   |
| ふりがな     |  |       |   |
| お名前      |  | 年齢    | 才 |
| 携帯電話     |  | 現在の体温 | ℃ |

- 検査の希望 有・無 (希望の検査： )
- 発熱 有・無
 

|                       |    |
|-----------------------|----|
| ・発熱はいつから (日時 / 時頃から   | ℃) |
| ・一番高かった発熱は (日時 / 時頃   | ℃) |
| ・解熱剤・薬の服用 有・無 くすりの名前： |    |
| 最後に服用した日時 /           | 時頃 |
- 本日の症状は？ いつからですか？ / ~  
 症状に ○ を付けてください  
 のどの痛み ・ 咳 ・ 鼻水 ・ たん ・ 頭痛 ・ 腹痛 ・ 嘔気/嘔吐 ・ 下痢
- その他の症状 [ ]
- 自宅検査キットの実施 有・無 ⇒ インフルエンザ抗原検査・コロナ抗原検査  
 (実施日時 / 時頃 検査結果【陰性(-)・陽性(+)] )
- 風邪・発熱の家族 有・無 (同居家族等： 症状・病名： )
- コロナ・インフルエンザの方との接触 有・無 (いつから ~、だれと？ )
- その他・職業・通学の状況等 (高校生・大学/専門学校生・職種等 )  
 有・無 職場・家庭・学校など周りで流行っている風邪や感染症 ( )  
 有・無 10日以内の海外渡航歴 (地域・国名 期間 )  
 有・無 現在通院中の病気 ( )  
 有・無 通院で服薬中の薬 ( )  
 有・無 入院歴・手術歴 (病名・年齢 )  
 有・無 お薬のアレルギー ( )  
 有・無 食べ物や他のアレルギー ( )
- 女性の方のみ ・妊娠の有無 (はい・いいえ・可能性あり ※妊娠中の方 ヶ月)  
 ・授乳中 (はい・いいえ ※お子さん カ月)
- マイナ保険証の診療情報取得の同意 (同意した・同意していない)  
 ※情報取得に同意した方の処方情報と特定健診情報を取得、活用する場合があります
- その他、ご相談等あればご記入ください ※ 処方の希望 など

職員記入

- |                                   |                     |
|-----------------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> コロナ検査    | 結果： (+)・(-)・臨床診断(+) |
| <input type="checkbox"/> インフル検査   | 結果： (+)・(-)・臨床診断(+) |
| <input type="checkbox"/> 他検査1 ( ) | 結果： (+)・(-)・臨床診断(+) |
| <input type="checkbox"/> 他検査2 ( ) | 結果： (+)・(-)・臨床診断(+) |