

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）
- 当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています
 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします
 その他、ご相談等あればご記入ください ※ 処方希望 など

職員記入 ドライケム・クイックチェイサー等

- | | |
|----------------------------------|--------------------|
| ☐ コロナ検査 | 結果：（+）・（-）・臨床診断（+） |
| ☐ インフル検査 | 結果：（+）・（-）・臨床診断（+） |
| ☐ 他検査1（ ） | 結果：（+）・（-）・臨床診断（+） |
| ☐ 他検査2（ ） | 結果：（+）・（-）・臨床診断（+） |