

内科系問診票

総合クリニック ドクターランド錦糸町

*診察券のない方は
診療申込書もご記入ください

氏名	フリガナ

ID

(内科・耳鼻咽喉科)

※耳鼻咽喉科に受診される

小学生以下のお子様は必ずご記入下さい。体重 . kg

◎診察前体温 . °C

1.いつ頃からどのような症状でお困りですか。(詳細は診察室でお話下さい。)

いつ頃からですか。 _____

どのような症状ですか。 _____

※必ずチェックをお願いします※

- ①原因不明の肺炎患者、またはその疑いがある患者と接触歴のある方 いいえ はい
- ②現在《心臓病・喘息・肺気腫・糖尿病》で治療していますか？ いいえ はい
- ③7日以内に渡航歴はありますか？ いいえ はい(場所: _____)
- ④7日以内に発熱(37.5°C以上)、咳などの風邪症状、息切れ、著しい倦怠感がありましたか？
※解熱剤(市販薬も含む)を飲み続けなければならない間も含んでください。
いいえ はい 上がったり下がったりしている(3日前 °C 2日前 °C 1日前 °C)
- ⑤7日以内に嗅覚、味覚障害はありましたか？ いいえ はい
- ⑥7日以内に新型コロナウイルスの感染者と接触しましたか？ いいえ はい
- ⑦過去にコロナウイルス感染症の検査をされたことはありますか？ いいえ はい(陰性・陽性)
- (⑦がはいの方) いつごろですか？ (年 月 日) 医療機関名(_____)

現在服用中のお薬がありましたら記入してください。お薬手帳をお持ちの方は診察室でご提示下さい。

いいえ はい →: _____

お薬の形(粉末・錠剤・シロップ等)の希望がありましたら記入してください。

いいえ はい →: 粉末 錠剤 シロップ

2.今までに薬や食べ物でアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こしたことがありますか。

薬・注射のアレルギー

いいえ

はい

→

薬剤名:

アナフィラキシー(けいれんやショック状態) ある ない

卵・牛乳のアレルギー

いいえ

はい→アナフィラキシー(けいれんやショック状態) ある ない

3.今までに大きな病気にかかったことはありますか。(けいれん、喘息、てんかん、先天性疾患など)

いいえ はい →: _____

4. 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか いいえ はい 可能性あり

授乳中ですか いいえ はい

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出願います。