宮前平内科クリニック問診表　　日付：

※下記問診票にご記入ください。　　院内検温（　　℃）SPO2（　　%）

ふりがな		生年月日	年　齢	性　別
患者氏名		大・昭・平 年　月　日	歳	男・女
住　所	〒			
電話番号	自宅：	携帯：		
職　業		勤め先所在地		

①.海外渡航歴はありますか？　有・無
いつから？　／　～　／　どこへ（　　）

②.感染確定者との接触はありますか？　有・無
※接触とは、マスク・ゴーグル（眼鏡）をつけずに手が届く範囲で会話すること

③.下記3条件を満たす環境に滞在しましたか？　有・無
①換気の悪い密閉空間　②人が密集している　③近距離での会話や発声が行われる

④.体温(　　℃)　時　現在　発熱の場合はいつからですか？（　　）
何か薬は服用しましたか？

⑤.該当する症状の（）にいつからか記入してください。
咳が続く（　　）・ひどくだるい（　　）・息苦しい（　　）・下痢（　　）
のどが痛い（　　）・においや味がわからない（　　）・頭痛（　　）
鼻水・鼻つまり（　　）・はきけ・嘔吐（　　）・食欲がない（　　）
お腹が痛い（　　）・関節が痛い（　　）・耳が痛い（　　）
そのほか（　　）

⑥.現在治療中の病気はありますか？　ない・ある（病名：　　）

⑦.高血圧・糖尿病等の生活習慣病はありますか？　ない・ある（病名：　　）

⑧.緑内障・前立腺肥大症はありますか？　ない・ある　（緑内障・前立腺肥大症）

⑨.継続中の薬はありますか？　ない・ある
（　　）

⑩.薬を飲んだり、注射をした後に気持ちが悪くなったり、蕁麻疹が出たことがありますか？
ない・ある　（薬品名：　　）

⑪.今までに入院したり、手術を受けたりしたことはありますか？
ない・ある　（病名：　　）

⑫.ご両親、ご兄弟、同居されている方の中で以下の病気がある場合には〇をつけて下さい
高血圧・糖尿病・高脂血症・がん・脳梗塞・心筋梗塞・アレルギー

⑬.喫煙はしていますか？　ない・ある　1日（　　）本　×　喫煙歴（　　）年

⑭.肺炎球菌ワクチンの予防接種はうけていらっしゃいますか？　ない・ある

⑮.診察の希望について伺います
a.特に希望はない。
b.（　　）検査を希望する。
c.粉薬は飲めない・にがい薬は飲めない・錠剤は飲めない・カプセルは飲めない
d.点滴を希望する（診療終了２０分前まで）
e.漢方薬での治療を希望する
f.ジェネリック（後発品薬）は希望しない
g.その他のご希望があれば

⑯.女性の方にお伺いします。　現在妊娠の可能性はありますか？　ない・ある
現在授乳していますか？　ない・ある

⑰.初診の方は当院を何でお知りになりましたか？

備考：　相談センター連絡　有・無　検査は必要ないといわれた　有・無

2020.7.28改訂