



問診票

フリガナ	男	年齢 (才 カ月)	体温 () °C
お名前	女	身長 () cm	体重 () kg

☆新型コロナウイルス感染症についておうかがいします。

1週間以内のご本人または接触のあるご家族の発症 【あり・なし】

1週間以内の保育園・幼稚園（園全体）、学校（クラス内、部活、塾）での発症 【あり・なし】

【あり】の方は、お車で待機して頂く場合があります。お電話をしますので連絡先をお書き下さい。

(- -)

☆下記のあてはまる症状に をつけて、分かる範囲で詳細をご記入下さい。

◀現在の症状▶

<input type="checkbox"/> 発熱 (/)	最高 () °C	解熱剤使用 (有 ・ 無)
<input type="checkbox"/> せき (/) から	乾いた咳 ・ 痰がらみ ・ ゼーゼー ・ ケンケン	
<input type="checkbox"/> はなみず (/) から	透明 ・ 黄緑色 ・ 鼻づまり	
<input type="checkbox"/> おうと (/) から	1日 () 回 (吐く ・ 咳き込んで吐く)	
<input type="checkbox"/> げり (/) から	1日 () 回 (水様 ・ 軟便 ・ 血便)	
<input type="checkbox"/> 腹痛 (/) から	(ずっと ・ ときどき)	
<input type="checkbox"/> 便秘 (/)	便が出ていない もともと () 日に1回ペース	
<input type="checkbox"/> 頭痛 (/)		
<input type="checkbox"/> 耳痛 (/)	(右 ・ 左 ・ 両方)	
<input type="checkbox"/> 発疹など (/)		
<input type="checkbox"/> その他 (/)	症状等をご記入ください ()	

- ・ 食欲はありますか？ (ある ・ ない)
- ・ 水分は取れていますか？ (取れる ・ 少なめ ・ 全く取れない)
- ・ おしっこは出ていますか？ (あり ・ 少なめ ・ 全く出ない)
- ・ 現在他院へ通院中ですか？ (いいえ ・ はい)
- 内服、外用している薬があればご記入下さい。 (薬の名前：)
- ・ 周りに同じ症状の方はいますか？ (いない ・ いる)
- どなたですか？ ()
- ・ 周囲で流行っている病気はありますか？ (ない ・ ある)
- 流行っているのはどんな病気ですか？ ()
- ・ 大きな病気にかかったことがありますか？ (ない ・ ある)
- ()
- ・ 1カ月以内に受けられた【予防接種】はありますか？ (ない ・ ある)
- ()
- ・ マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？ (はい ・ いいえ)

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。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）加算1 4点、加算2 2点（マイナ保険証を利用した場合）

御協力、ありがとうございました。