

年 月 日

問診票(発熱患者さん用)

やまだ内科クリニック

ふりがな		性別	生年月日		職業
名前	様	男・女	大正・昭和 平成・令和	年 月 日	年齢 (歳)
住所	〒			電 話	(自宅) (携帯)
身長	cm	体重	kg	体温	度

問診	ご記入欄																				
今日はどうされましたか？ (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 熱(月 日 時~ 度) <input type="checkbox"/> 咳(月 日~) <input type="checkbox"/> 鼻水(月 日~) <input type="checkbox"/> のどの痛み(月 日~) <input type="checkbox"/> 頭痛(月 日~) <input type="checkbox"/> 嘔吐(月 日~) <input type="checkbox"/> 吐き気(月 日~) <input type="checkbox"/> 腹痛(月 日~) <input type="checkbox"/> 下痢(月 日~) <input type="checkbox"/> 倦怠感(月 日~) <input type="checkbox"/> 筋肉痛(月 日~) <input type="checkbox"/> 関節痛(月 日~) <input type="checkbox"/> 息苦しさ(月 日~) <input type="checkbox"/> 味覚、嗅覚の異常(有・無) <input type="checkbox"/> 食欲低下(月 日~)																				
他院受診されましたか？	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()																				
食事はとれますか？	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> いつもより少ない <input type="checkbox"/> 食べれない																				
水分はとれていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ																				
家族・学校・職場に コロナ陽性の方がいますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(いつから どちらが)																				
抗原検査・PCR検査をしましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 抗原検査(検査日 陽性・陰性) <input type="checkbox"/> PCR検査(検査日 陽性・陰性)																				
当院での抗原検査希望ありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																				
今までにコロナ感染歴にかかった事がありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																				
基礎疾患はありますか？	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤・抗がん剤の使用 <input type="checkbox"/> 治療中の悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 血液移植・骨髄移植・原発性免疫不全・HIV <input type="checkbox"/> 臓器移植後 <input type="checkbox"/> その他 ()																				
重症化リスクの確認	<input type="checkbox"/> 妊娠中(週) <input type="checkbox"/> 喫煙歴(年 本/日)																				
内服中の薬はありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬品名()																				
アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 薬() <input type="checkbox"/> その他()																				
新型コロナワクチン接種歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:10%;">1回目</td> <td style="width:10%;">月</td> <td style="width:10%;">日</td> <td style="width:10%;">(メーカー)</td> <td style="width:10%;">)</td> </tr> <tr> <td>2回目</td> <td>月</td> <td>日</td> <td>(メーカー)</td> <td>)</td> </tr> <tr> <td>3回目</td> <td>月</td> <td>日</td> <td>(メーカー)</td> <td>)</td> </tr> <tr> <td>4回目</td> <td>月</td> <td>日</td> <td>(メーカー)</td> <td>)</td> </tr> </table>	1回目	月	日	(メーカー))	2回目	月	日	(メーカー))	3回目	月	日	(メーカー))	4回目	月	日	(メーカー))
1回目	月	日	(メーカー))																	
2回目	月	日	(メーカー))																	
3回目	月	日	(メーカー))																	
4回目	月	日	(メーカー))																	