

内科問診票

ご記入日：令和 年 月 日

ふりがな		性別	大正・昭和・平成・令和	
氏名		男	年	月
		女	日生()	歳
住所 <施設名>	〒 ー			
電話番号	自宅 () ー	携帯電話	() ー	
勤務先		勤務先 電話番号	() ー	

1、本日はどうされましたか？ 当てはまるものすべてに☑をつけてください。

<input type="checkbox"/> 熱がある () °C	いつから	月	日	P :	Spo2 :	%
<input type="checkbox"/> 咽頭痛		月	日から			
<input type="checkbox"/> 咳		月	日から			
<input type="checkbox"/> 痰		月	日から			
<input type="checkbox"/> 鼻水・はなづまり		月	日から			
<input type="checkbox"/> 倦怠感		月	日から			
<input type="checkbox"/> 息苦しい		月	日から			
<input type="checkbox"/> 喘鳴(せいせいする)		月	日から			
<input type="checkbox"/> 胸痛		月	日から			
<input type="checkbox"/> 動悸		月	日から			
<input type="checkbox"/> 頭痛		月	日から			
<input type="checkbox"/> めまい・ふらつき		月	日から			
<input type="checkbox"/> しびれ		月	日から			
<input type="checkbox"/> むくみがある	右・左	上肢・下肢	その他()	月	日から	
<input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐	1日	回ぐらい		月	日から	
<input type="checkbox"/> 下痢・軟便	1日	回ぐらい		月	日から	
<input type="checkbox"/> 便秘				月	日から	
<input type="checkbox"/> 味覚障害	あり	なし				
<input type="checkbox"/> 臭覚障害	あり	なし				
<input type="checkbox"/> 健診で異常を指摘された	内容()					
<input type="checkbox"/> その他の症状	()					

<input type="checkbox"/> 上記症状にて横浜市帰国者・接触者相談センターに問合せをしましたか？	はい・いいえ
<input type="checkbox"/> 海外への渡航歴	なし・あり 月 日～ 月 日迄
<input type="checkbox"/> 新型コロナ感染症 確定患者との接触歴	なし・あり いつ頃()

★ 周りに感染性胃腸炎にかかっている人がいますか？ はい いいえ

2、症状の頻度は？

持続的 断続的 時々 一度だけ

※ 裏面もご記入ください。

3、この症状で他の医療機関にかかりましたか？		<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい										
現在、その症状で薬を飲んでいますか？													
<input type="checkbox"/> はい		(薬の名前： _____)											
<input type="checkbox"/> いいえ													
4、現在服用している薬はありますか？													
<input type="checkbox"/> 当院処方分のみ	<input type="checkbox"/> 当院+他院	<input type="checkbox"/> お薬手帳持参 (あり・なし)											
(薬の名前： _____)													
5、これまでにお薬を使用してアレルギー症状がでたことがありますか？													
<input type="checkbox"/> ない													
<input type="checkbox"/> ある		(ピリン、消炎鎮痛剤、抗生物質・抗菌薬、造影剤、局所麻酔薬)											
(薬の名前： _____)		(症状： _____)											
6、これまでに食べ物や飲み物でアレルギーが起きたことはありますか？													
<input type="checkbox"/> ない													
<input type="checkbox"/> ある		(食品名 _____) (症状： _____)											
7、今までにかかったことのある病気はありますか？													
<input type="checkbox"/> ない													
<input type="checkbox"/> ある		(病名： _____) (いつ頃 _____)											
(病名： _____)		(いつ頃 _____)											
8、過去に手術を受けたことがありますか？													
<input type="checkbox"/> ない													
<input type="checkbox"/> ある		(手術名： _____) (いつ頃： _____)											
(手術名： _____)		(いつ頃： _____)											
9、たばこは吸いますか？													
<input type="checkbox"/> はい		(_____ 本/日 (_____ 歳～ _____ 歳) (_____ 年間)											
<input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> 禁煙した (_____ 年前から)											
10、お酒は飲みますか？													
<input type="checkbox"/> はい		1日に飲む量											
(_____) 回/週		<table border="1"> <tr><td>ビール</td><td>_____ ml</td></tr> <tr><td>日本酒</td><td>_____ 合</td></tr> <tr><td>焼酎</td><td>_____ ml</td></tr> <tr><td>ワイン</td><td>_____ ml</td></tr> <tr><td>その他</td><td>_____</td></tr> </table>		ビール	_____ ml	日本酒	_____ 合	焼酎	_____ ml	ワイン	_____ ml	その他	_____
ビール	_____ ml												
日本酒	_____ 合												
焼酎	_____ ml												
ワイン	_____ ml												
その他	_____												
		<input type="checkbox"/> いいえ											
		<input type="checkbox"/> 禁酒した (_____ 年前から)											
11、女性の方のみご記入ください。													
妊娠中ですか？		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ										
		<input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり											
<input type="checkbox"/> 授乳中													

ご記入ありがとうございました。窓口にお出してください。