

横山駅前ハート内科クリニック発熱・感染症問診票

ID番号_____ (クリニック使用) 令和 年 月 日 (____曜日) 記入

*マイナ保険証を利用できますか? はい・いいえ

来院方法 自家用車 その他/お薬手帳・前医紹介状・自分の病気史をお持ちの方はお見せ下さい

フリガナ:	性別: <input type="checkbox"/> 男性・ <input type="checkbox"/> 女性 年齢: _____ 歳
名前:	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
連絡先: _____	*携帯番号(必須): _____

住所: 〒□□□ - □□□□ *マイナ保険証利用時は記載不要 (現住所が違う場合は記載願います)

兵庫県三田市_____

上記以外_____

1. 今日はどうされましたか。症状・経過・食欲等内容を詳しくご記入ください (必須)

いつから: <input type="checkbox"/> 発熱: MAX _____ °C、____月____日(____曜日)~、対処法 <input type="checkbox"/> 市販薬服用、 <input type="checkbox"/> 手持ち処方 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 粘調黄色痰 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 関節痛(部位: _____) <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 食欲無し <input type="checkbox"/> 飲水可能 <input type="checkbox"/> 飲水不可能 <input type="checkbox"/> 臭覚・味覚異常 <input type="checkbox"/> 湿疹・発赤 <input type="checkbox"/> その他 感染経路に関して、思い当たることがあれば記載願います。例えば: 家族が〇〇に罹患、発熱あり等
--

2. これまで、病気の既往、骨折、手術、アレルギーをできる限りご記入ください (必須)

<input type="checkbox"/> アレルギーあり 食事 _____ 薬剤 _____ その他 _____ 詳細:

3. お薬や食べ物等で湿疹やアレルギーが出たことはありますか (必須)

ない・ある: : 食べ物 () : 薬 ()

4. 服用中の薬剤名: お薬手帳があれば記載不要 (主要・重要なものをお書きください)

市販の風邪薬、風邪症状で受診時に処方された薬、手持ちの風邪薬があれば記載願います。

--

5. 通院中の病院名(科目・主治医名): 紹介状があれば記載不要

--

6. アルコール: 飲む (/日)

タバコ: 禁煙 _____ 年前~ 吸う (本/日 × 年) 銘柄:

7. 服薬・X線施行時に必要になります。妊娠・可能性はありますか? ない・ある・不明

8. 飲めない剤形のお薬はありますか? ない・ ある (粉薬・錠剤・カプセル)

お薬は後発品 (ジェネリック) を希望しない

9. 身長: _____ cm、体重: _____ Kg (増・減)、血液型: _____ 型 Rh()

10. ご家族あり・同居人あり・独居 (可能な限りで結構です。緊急連絡先:)