

診療申込書 ・ 問診表

記入日

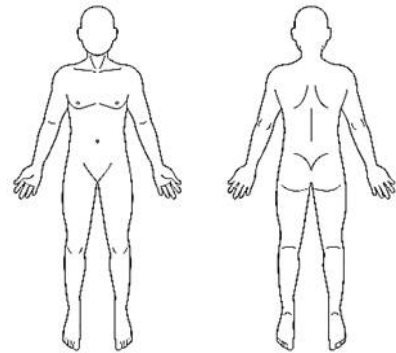
診療を希望する(科)に○を付けてください。

令和 年 月 日

(内科 ・ 整形外科)

フリガナ				男・女	
氏名					
生年月日	T S H R	年	月	日	歳
住所	〒				
電話					
緊急連絡先 / 勤務先、他	/				

1. いつ頃から、どんな症状ですか？



2. これまでにかかった病気や他の医療機関で
通院・治療されているご病気はありますか？

(はい ・ いいえ)

(はい)の方のみ、わかる範囲でご記入下さい。

pixta.jp - 32040421

3. 薬や食物のアレルギーはありますか？ (はい ・ いいえ ・ わからない)

(はい)の方のみ、何のアレルギーがあるか、お書き下さい。

4. 女性のみ、お答え下さい。

妊娠の可能性はありますか？ (はい ・ いいえ ・ わからない)

現在、授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

5. ここ最近(1ヶ月以内)に海外渡航歴はありますか？

(はい ・ いいえ) はいの方は、国名をご記入下さい。

6. 他に ご心配なことがありましたらご記入下さい。

ご協力 ありがとうございます。

この問診表は、個人情報に基づき、診療目的以外に利用する事はありません。

医療法人社団秀輝会 目蒲病院

2枚目の COVID-19 関連 問診表も記入してください

2週間前から現在までの健康状態と行動について

① 本日の体温は？ _____ °C

② 37.0 度以上の発熱がありましたか？ はい いいえ

③ 味覚異常、嗅覚異常、喉の痛み、咳の症状がありましたか？ はい いいえ

④ 発熱外来を受診、あるいは PCR などの検査を受けましたか？ はい いいえ

⑤ 発熱のある身近な人と接触しましたか？ はい いいえ

⑥ コロナワクチンの接種は 2 回接種済みですか？ はい いいえ

⑦ 感染の可能性は？ 気になることがありますか？ はい いいえ

⑦の質問で『はい』の方はどのような事でしょうか？
