

# 【一般問診票】

ともえクリニック

<b>チェック必須</b>	<input type="checkbox"/> 確認しました	<p>● 37.5 度以上発熱・味覚嗅覚障害・呼吸困難症状 のある方は先に受付にお申し出ください ※発熱風邪外来での診察対象となる場合がございます</p> <p>● コロナ等の各種検査については自己負担となります</p>
---------------	---------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

※発熱外来の受診となった場合は、お車での待機または外の椅子にてお待ちいただきます

※太枠内ご記入ください / 初診の方・診察券番号不明の方は ID 番号記載不要です。

ID(診察券)		受診日	年	月	日	クリニック確認欄	
フリガナ		年齢	歳	ヵ月	性別	男・女	到着予定
氏名		生年月日	必■和暦 大・昭・平・令 年			ブザー	No.
			必■西暦 年 月 日			SPO2	
住所	〒 -					お薬手帳	有・無
日中必ず繋がる連絡先(電話)	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯		体温	°C		体重	Kg
薬の種類希望	<input type="checkbox"/> 特に無し <input type="checkbox"/> シロップ <input type="checkbox"/> 粉 <input type="checkbox"/> 錠剤 * 15 歳以下記入必須						
現在服用中の薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薬名: ) ※現在おくすりを服用している方は受付にお薬手帳等をご提出ください						

※●印→全員記入 ◎→該当者のみ記入

● 3 日以内に 37 度以上発熱があるか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(いつ頃から: / 最高 °C)						
● どのような症状がありますか * 該当するものを全て選択	<input type="checkbox"/> 37.5 度以上の発熱 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 味覚嗅覚障害 * 上記太字箇所に✓ある方は必ず受付にお申し出ください。 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 胃痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 血圧が気になる <input type="checkbox"/> その他 ( )						
● 病歴について	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 治療中 ・ 過去に治療した ・ 経過観察 )						
└ ありの方：該当するものを全て選択	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍( ) <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心臓疾患(狭心症・心筋梗塞など) <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 肺気腫 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
● お薬・食べ物のアレルギーについて	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )						
● 喫煙について	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( 本/日)			● 飲酒について	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む( 日/週)		
◎ 女性の方： 妊娠/授乳の該当	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (妊娠中・妊娠可能性有・授乳中)			◎ 2 歳以下の方： 突発性発疹の既往	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
◎ 漢方治療を希望する(任意)	<input type="checkbox"/> 希望する ※希望する場合のみチェックをしてください						
◎ 心療内科の受診を希望する(任意)	<input type="checkbox"/> 希望する ※希望する場合のみチェックをしてください						
◎ その他 * 医師に伝えたいことがあればご記入下さい							

※ <37.5 度以上の発熱・味覚嗅覚障害・呼吸困難症状> のある方、および発熱外来受診の方への質問となります

<p>■ コロナ・インフルエンザ疑いによる検査を希望しますか (自己負担となります) ※金額の詳細は受付までご確認下さい</p>	<input type="checkbox"/> 疑いがある場合は検査を希望 (検査内容は医師と確認) コロナ抗原検査 ( 円) * 即日結果判明 コロナ PCR 検査 ( 円) * 翌日以降結果判明 インフルエンザ検査 ( 円) <input type="checkbox"/> 医師の判断に任せる <input type="checkbox"/> 希望しない
■ 周囲にコロナ陽性者の方がいますか?	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる → 同居家族・その他( )

クリニック記載欄：

発熱該当：する・しない / 来院方法： 徒歩・自転車・車(ナンバー )