

# 【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<br><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: )<br>※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<br>* 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<br>* 上記太字箇所に✓ある方は必ず受付にお申し出ください。<br><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<br><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<br><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<br><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<br><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：<br>妊娠/授乳の該当              | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br>(妊娠中・妊娠可能性有・授乳中)   |  |  | ◎ 2 歳以下の方：<br>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<br>* 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

|   |   |
|---|---|
| ■ コロナ・インフルエンザ疑いによる検査を希望しますか<br>(自己負担となります)<br>※金額の詳細は受付までご確認下さい | <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)<br>コロナ抗原検査 ( 円) * 即日結果判明<br>コロナ PCR 検査 ( 円) * 翌日以降結果判明<br>インフルエンザ検査 ( 円)<br><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 )



次の質問を読んで現在の症状にもっともよくあてはまるものに○印を付けてください

| この2週間、次のような問題にどのくらい頻繁に悩まされていますか？                                   | 全くない   | 数日 | 半分以上 | ほとんど毎日 |
|--|--|----|------|--------|
| 1. 物事に対してほとんど興味が無い、または楽しめない  |  |    |      |        |
| 2. 気分が落ち込む、憂うつになる、または絶望的な気持ちになる                                    |  |    |      |        |
| 3. 寝つきが悪い、途中で目がさめる、または逆に眠りすぎる                                      |  |    |      |        |
| 4. 疲れた感じがする、または気力がない   |  |    |      |        |
| 5. あまり食欲がない、または食べ過ぎる   |  |    |      |        |
| 6. 自分はダメな人間だ、人生の敗北者だと気に病む<br>または自分自身あるいは家族に申し訳がないと感じる              |  |    |      |        |
| 7. 新聞を読む、またはテレビを見ること等に集中することが難しい                                   |  |    |      |        |
| 8. 他人が気付くほどに動きや話し方が遅くなる、またはこれと反対に、<br>そわそわしたり、落ち着かず、普段よりも動き回ることがある |  |    |      |        |
| 9. 死んだほうがまだ、あるいは自分を何らかの方法で<br>傷つけようとおもったことがある                      |  |    |      |        |
| 10. 上記1-9のために仕事や家事や他の人と<br>仲良くやっていくことがどのくらい困難になっていますか？             | <input type="checkbox"/> 全く困難でない <input type="checkbox"/> やや困難<br><input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> かなり困難 |    |      |        |

| 次の質問を読んで現在の症状にもっともよくあてはまるものに○印を付けてください | ない・たまに | ときどき | かなりのあいだ | ほとんどいつも | 評価点 |
|--|--------|------|---------|---------|-----|
| 1. 気分が憂鬱だ                              | 1      | 2    | 3       | 4       |     |
| 2. 朝方はいちばん気分が良い                        | 4      | 3    | 2       | 1       |     |
| 3. 泣いたり、泣きたくなる                         | 1      | 2    | 3       | 4       |     |
| 4. 夜よく眠れない                             | 1      | 2    | 3       | 4       |     |
| 5. 食欲はふつうだ                             | 4      | 3    | 2       | 1       |     |
| 6. まだ性欲がある（独身者の場合：異性に関する関心がある）         | 4      | 3    | 2       | 1       |     |
| 7. 痩せてきたことに気が付く                        | 1      | 2    | 3       | 4       |     |
| 8. 便秘している                              | 1      | 2    | 3       | 4       |     |
| 9. 普段よりも動悸がする                          | 1      | 2    | 3       | 4       |     |
| 10. なんとなく疲れる                           | 1      | 2    | 3       | 4       |     |
| 11. 気持ちはいつもさっぱりしている                    | 4      | 3    | 2       | 1       |     |
| 12. いつもとかわりなく仕事をやれる                    | 4      | 3    | 2       | 1       |     |
| 13. 落ち着かず、じっとしていられない                   | 1      | 2    | 3       | 4       |     |
| 14. 将来に希望がある                           | 4      | 3    | 2       | 1       |     |
| 15. いつもよりいらいらする                        | 1      | 2    | 3       | 4       |     |
| 16. たやすく決断できる                          | 4      | 3    | 2       | 1       |     |
| 17. 役に立つ、働ける人間だと思う                     | 4      | 3    | 2       | 1       |     |
| 18. 生活はかなり充実している                       | 4      | 3    | 2       | 1       |     |
| 19. 自分が死んだ方が、他の者は楽に暮らせると思う             | 1      | 2    | 3       | 4       |     |
| 20. 日頃していることに満足している                    | 4      | 3    | 2       | 1       |     |

クリニック記載 合計 点

クリニック記入欄：