

# 問 診 票

医療法人天音会 おいかわ内科クリニック

再診の方はお名前のみで結構です。

フリガナ		生年月日	T・S・H・R	年	月	日
氏名		性別	男・女	年齢		歳
住所	〒 -					
連絡先	携帯	—	—	自宅	—	—
車種・色			パーテーションNo.	※クリニック使用欄		
車No.						

お手数ですが、該当する□に☑をお願いいたします。

来院時体温	℃	血圧	/	脈拍	呼吸数	Spo2	%
・症状 <input type="checkbox"/> 発熱 最高( )℃ / から <input type="checkbox"/> 嗅覚異常 / から <input type="checkbox"/> 咳 ( <input type="checkbox"/> 夜～朝方に咳き込む ) / から <input type="checkbox"/> 味覚異常 / から <input type="checkbox"/> 頭痛 / から <input type="checkbox"/> だるさ / から <input type="checkbox"/> 関節・筋肉の痛み / から <input type="checkbox"/> 鼻水 / から <input type="checkbox"/> 鼻づまり / から <input type="checkbox"/> のどが痛い / から <input type="checkbox"/> 声がでない / から <input type="checkbox"/> 食欲がない / から <input type="checkbox"/> おなかの痛み / から <input type="checkbox"/> 発疹 / から <input type="checkbox"/> 胸の痛み / から <input type="checkbox"/> はきけ～嘔吐 / から <input type="checkbox"/> 息苦しさ / から <input type="checkbox"/> 下痢 / から <input type="checkbox"/> 水分が摂れない / から							
1ヵ月以内の渡航歴		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	国名		都市名		期間 ～
1ヵ月以内の県外への移動歴		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	都道府県名		移動手段		期間 ～
現在飲んでいる薬～来院までに他でもらった薬			薬の名まえ				
		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒					
インフルエンザ検査の希望			<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 希望		<input type="checkbox"/> 相談して決めたい		
新型コロナウイルス抗原検査の希望			<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 希望		<input type="checkbox"/> 相談して決めたい		

以下は初診の方のみご記載ください。

治療中の病気	病名
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 その他( )
過去にかかった大きな病気	病名
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒	<input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 気胸 その他( )
薬・食べ物のアレルギー	該当する薬や食べ物のなまえ
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒	( )
喫煙	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> やめた( 歳まで) ( )本/日 × ( )年間
飲酒	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> やめた( 歳まで) 週( )日 種類・量( )
妊娠	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ ( )ヶ月 授乳 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ ( 歳 )ヶ月
来院のきっかけ	<input type="checkbox"/> 1 近隣・知人のご紹介 <input type="checkbox"/> 4 広告をみて <input type="checkbox"/> 2 他医療機関からの紹介 <input type="checkbox"/> 5 ホームページを見て <input type="checkbox"/> 3 通りがかり <input type="checkbox"/> 6 その他( )

ご協力ありがとうございました。