

※以下を可能な範囲でご記入ください。

体温 _____ °C

氏名： _____ 年齢： _____ 歳 性別：男・女

ふりがな： _____

ご職業： _____

◆新型コロナウイルス感染者や感染の疑いがある方との接触歴はありますか？ はい・いいえ

◆味覚・嗅覚障害はありますか？ はい・いいえ ◆強い倦怠感がありますか？ はい・いいえ

1. いつからどのような症状ですか？何が一番心配ですか？

2. その症状について他の医療機関を受診されましたか？ はい・いいえ

(はいの場合、病院名： _____ 診断： _____)

3. 次の病気にかかったことがあれば○で囲んでください。

糖尿病・高血圧・喘息・腎疾患・心疾患・不整脈・肺疾患・肝疾患・
脳梗塞・内分泌疾患・膠原病・精神疾患・がん・前立腺肥大・緑内障

それ以外にこれまで治療を受けた病気や入院・手術につきご記入ください。

その他の病名： _____ 時期： _____ 歳頃

その他の病名： _____ 時期： _____ 歳頃

4. 現在、服用中のお薬はありますか？

はい・いいえ (はいの場合) 薬名： _____

5. アレルギーについてお聞きします。

a) 薬や食べ物で具合が悪くなったことはありますか？ ある・ない

(あるの場合) 薬や食べ物の種類： _____ 症状： _____

b) 他にアレルギーはありますか？あてはまるものがあれば○をつけてください

喘息・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・花粉症・動物アレルギー・その他

6. 喫煙・飲酒についてお聞きします。

a) 喫煙は？ する _____ 本／・ しない (禁煙後 _____ 年)

b) 飲酒は？ する 種類・量は？ _____ ・ しない

7. 食欲はどうですか？ 良好・ふつう・不振

8. 睡眠はどうですか？ 良好・ふつう・不振

9. 便秘はどうですか？ 良好・不良 排便回数： _____ 回／・ _____ 日に1回

10. 体重 不変・増加・減少 体重変化： _____ Kg／ _____ カ月

現在の身長： _____ cm 現在の体重： _____ Kg

11. 女性の方にお聞きします。

a) 現在、妊娠中ですか？ はい・いいえ・わからない・授乳中である

b) 生理はいかがですか？ 順調・不順

c) 最終月経： _____ 月 日～ _____ 月 日 d) 閉経： _____ 歳

ご協力ありがとうございました。順番がきましたら呼びいたしますので、お待ちください。

緊急で診察しなければならない患者様や、予約の入っている患者様、予定よりも時間をとらなければならない患者様もいらっしゃるため、長らくお待たせしてしまう場合があります。ご了承ください。