

問診票

2020年 月 日

(患者・付き添い) 氏名： _____ 患者番号： _____

受診科： 歯科（成人，口外，矯正，インプ，小障） 内， 眼， 耳鼻， 麻酔， ドック・健診 担当医： _____

来院時当日、該当箇所に 入れてください

- 37.4度以上の発熱がある
- 感冒症状がある（倦怠感・咳・咽頭痛・腹痛・下痢等）
- 新型コロナウイルス感染歴、または感染者と接触歴がある（2週間以内）
- 味覚・嗅覚異常がある（原因診断がついている場合を除く）
- 現在、同居する人に発熱、感冒症状がある

上記いずれにも該当しない

来院時、上記のいずれかに該当する場合

1. 初診の方はかかりつけ医等にご相談、受診いただき、診察を受けていただくようお願いします
2. 再診の方は、状態がお変わりなければ来院前にその旨ご連絡いただき、予約の変更をお願いします
3. 受診をご希望される方は裏面の詳細問診表にもご記入いただきご連絡ください 担当医と相談し、お返事いたします
4. 付き添いの方も問診票に該当項目がある場合は付き添いをお控え下さい

* 対応した職員は、押印をしてください。

歯科	メンテ	内科	眼科	耳鼻科	麻酔	放射線	検査	地連	看護科	薬局	受付	会計
印	印	印	印	印	印	印	印	印	印	印	印	印

年齢 _____ 歳 男・女

1) 現在の症状を教えてください。

発熱はありますか？	なし	あり	発熱期間： 月 日 ~ 月 日
解熱剤は内服しましたか？	なし	あり	最後に内服した日時： 月 日 時頃
総合感冒薬は内服しましたか？	なし	あり	最後に内服した日時： 月 日 時頃
呼吸症状はありますか？	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 呼吸が苦しい		
次のような症状はありますか？	<input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚の異常 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 筋肉痛・関節痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 腹痛・下痢 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐		

2) 周囲の感染状況を教えてください。

周囲に感染者または感染が疑われる人は居ましたか？	なし	あり (①へ)
① 感染者または感染が疑われる人との接触はありますか？	なし	あり (②へ)
② 最後に接触した日時と場所	日時： 月 日 時頃・場所：	

3) 患者様の病歴および行動歴を教えてください。

現在治療中の病気はありますか？	なし	あり	既往歴：
			内服薬：
国内又は海外へ渡航をされましたか？	なし	あり	場所： 期間： 月 日 ~ 月 日
密集・密閉・密接の3つの条件が揃う場所への外出をしましたか？	なし	あり	場所： 期間： 月 日 ~ 月 日

4) 耳鼻咽喉科を受診の方はご記入下さい。

主な症状を○で囲んで下さい。

みみ	難聴 耳鳴 耳痛 耳閉 耳だれ 耳垢	くび	腫れ 痛み しこり
はな	鼻水 鼻閉 くしゃみ 鼻出血 嗅覚障害	かお	顔が動かない 頬の痛み 頬の腫れ
くち	口内炎 舌痛 舌異常感 味覚障害	めまい	回転性 ふらつき感 立ちくらみ
のど	痛み 異物感 いびき 無呼吸 かすれ声 咳 痰 むせる		意識消失

上記の症状はいつからありますか？	いつ？				
薬のアレルギーはありますか？	なし	あり	薬の名前：		
現在、妊娠中または可能性がありますか？	なし	あり	授乳中	なし	あり

ご記入ありがとうございました。

2020.8.17.