

問診票

202 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

- 1. **37.0 度**以上の発熱がある
- 2. 1 週間以内、または現在、**未治療、未受診**の以下の症状がある
(味覚, 嗅覚の異常・だるさ・せき・息苦しさ・鼻水・のどの痛み・下痢など)
- 3. **同居する人**に発熱、感冒症状がある
- 4. 行政もしくは医師の判断による PCR 検査を受けた (2 週間以内)
- 5. 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. **付き添いの方も上記のいずれかに該当する場合は付き添いをお控え下さい**
5. ご来院していただいても、**医師の判断により受診をお断りまたは変更**することがあります

* 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 体温 _____ 度

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。

2020.12.19.