

氏名： 日中繋がる電話番号

【感染原因・感染経路・感染地域】

① 周りにコロナウイルスに感染している人はいますか？

はい ・ いいえ

感染している人はどなたですか？

()

② 感染地域（確定・推定）

1 日本国内（都道府県 市区町村）

2 国外（国詳細地域）

※複数の国又は地域該当する場合は全て記載すること。

渡航期間（出国日 年 月 日・入国日 年 月 日）

③ 新型コロナウイルスワクチン接種歴

1回目 有・無

2回目 有・無

接種年月日（R 年 月 日）

・重症化のリスク因子となる疾患等の有無（有・無）

※有の場合は、以下から選択

{ 悪性腫瘍、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、慢性腎臓病
高血圧、糖尿病、脂質異常症、肥満（BMI30 以上）
喫煙歴、その他（ ） }

・臓器の移植、免疫抑制剤、抗がん剤等の使用その他の事由により免疫の機能が低下しているおそれの有無（有・無）

・妊娠の有無（有・無）

【問診票】

年 月 日

フリガナ	性別	男性・女性
氏名	生年月日	T・S・H・R 年 月 日
		(歳)
住所	電話番号	()
	緊急連絡先	関係()
体温:昨日= °C ・ 本日= °C		体重 : kg(15歳未満の方)

(1) 本日はどうなされましたか？ □にチェック

内視鏡(胃カメラ・大腸カメラ)
内視鏡事前診察の方はこちら→
 (胃カメラ ・ 大腸カメラ)

インターネット・電話等で 予約未・予約済 / 予約日 月 日()

それ以外
 【内科】

発熱 頭痛 関節痛 悪寒 鼻水 のどの痛み 咳 痰 胸痛 動悸 息切れ
 胸焼け 腹痛 胃もたれ 吐気・嘔吐 下痢 便秘 めまい 血圧が高い
 検査希望(インフルエンザ検査・溶連菌検査・) 健康診断後のご相談

本日健康診断(検診 コース) その他()

それはいつ頃からですか？

本日()時から 昨日から ()日前から ()ヵ月前から それ以前

【皮膚科】

部位()

症状()

それはいつ頃からですか？

本日()時から 昨日から ()日前から ()ヵ月前から それ以前

(2) 今までにかかった病気や現在治療中の病気はありますか？(はい・いいえ)

高血圧 糖尿病 高脂血症 喘息 心臓病 肝臓病 腎臓病 胃潰瘍 胃・大腸ポリープ
 その他()

(3) 今までに手術を受けられた事がありますか？(はい・いいえ)

()

(4) 現在服用中のお薬はありますか？(はい・いいえ) ※記載、又はお薬手帳を受付にお渡し下さい。

()

(5) アレルギーはありますか？(はい・いいえ)

薬()食べ物 ()花粉()

(6) アルコールは飲まれますか？(飲む 1日 ビール()本、日本酒()合、他() ・飲まない)

(7) タバコは吸われますか？(吸う 1日 本、喫煙 年間 ・吸わない)

(8) 女性の方へ：妊娠中(はい・いいえ) 妊娠の可能性(ある・ない) 授乳中

(9) 当院を知られたきっかけをお聞かせください。

1. 駅(錦糸町)の看板を見てネット検索した。
2. 駅(秋葉原)の看板を見てネット検索した。
3. 駅(菊川)の看板を見てネット検索した。
4. 電車(新宿線)内の広告を見た。
5. バスのアナウンスを聞いた。
6. 町中の看板を見た。
7. ホームページを見た。
8. タウンページを見た。
9. 紹介された。(紹介者:)
10. 回覧板を見た。
11. ネット上のポップアップ・バナーを見た。
12. フリーコールにて問い合わせた。

その他()