

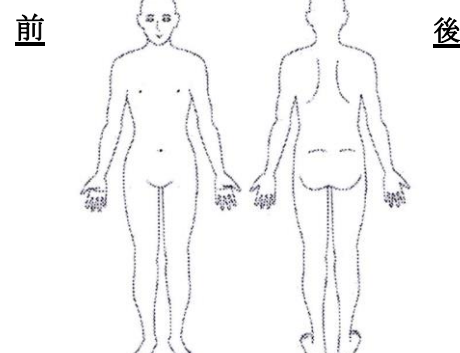
ID() 内・外・整・皮・脳 ◆ 問 診 票 ◆ 西条中央病院

ふりがな 氏名	(男・女)	生年 月日	M・T・S・H	年	月	日
------------	-------	----------	---------	---	---	---

受診された理由…

【症状はいつから？】

【どのような症状ですか？】



※該当する部位に○を付けて下さい。

現在の体温 °C 体重 Kg● コロナウイルス感染者との接触はありましたか？ (はい:いつ頃 ・いいえ)

● 現在これらの症状はありますか？あてはまるものに○をしてください。

・咳/たん ・筋肉痛 ・関節痛 ・倦怠感 ・喉の痛み ・鼻水
 ・呼吸困難 ・味覚障害 ・嗅覚障害

● 1ヶ月以内に、海外及び広島県外に行きましたか？ (はい ・ いいえ)

はいの場合 (日程: ~ 場所:)

● コロナワクチンを接種されましたか？ (はい ・ いいえ)

→はいの方は接種日をご記入ください。 1回目() 2回目()

①次にあてはまる項目を○で囲み () 内へ記入して下さい。

・熱 (ねつ) 何日から () 最高何度ですか？ (°C)
 ・腹痛 (ふくつう) 何日から ()
 ・嘔吐 (おうと) 何日から () 回数…約 (回)
 ・下痢 (げり) 何日から () 回数…約 (回)
 ・便秘 (べんつう) 1日 約 (回)
 ・その他 ()

②今まで入院や手術をしたことがありますか？

《いつ頃》 《病名》

③次のような病気で治療を受けたことがありますか？

・心臓病 ・肝臓病 ・腎臓病 ・糖尿病 ・アレルギー
 ・喘息 ・高血圧症 ・その他 ()

④現在、服用中の薬がありますか？

《薬品名》

⑤今までに薬や注射で気分不良、じんましん、喘息などの症状がでたことがありますか？

《薬品名》 《症状》

⑥現在妊娠中、もしくは授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

⑦現在、妊娠の可能性はありますか？ (はい ・ いいえ)

⑧お酒は飲まれますか？ (はい ・ いいえ)→種類 1日 程度⑨タバコは吸われますか？ (はい ・ いいえ)→1日 約 本