

高松メディカルクリニック問診票

氏名: _____

(新型コロナウイルス感染症流行期用)

※以下の質問の該当する□にレ(チェック)を記入したり、直接回答を記載して下さい。話しにくいことは、診察室で直接医師にお話下さい。

- 新型コロナ陽性者と明らか接触歴はない、不明
新型コロナ濃厚接触者として保健所から認定された(接触日: 月 日)
保健所から認定されていないが、濃厚接触者の可能性があり来院(接触日: 月 日)
- 該当する症状にレ点を記入して下さい ※最初に何らかの症状が出たのは、月 日
現在何も症状はない
発熱(°C)
咳が出る 咳以外の呼吸器症状(咽頭痛、鼻水、鼻閉)がある
痰が絡む(痰の色:)
表情・顔色が明らかに悪い 呼吸困難、胸が苦しい、息が切れると感じる
倦怠感、起きるのが辛いと感じる
頭痛がする
嘔吐や吐き気がある 下痢がある
結膜炎症状がある
味覚障害がある 嗅覚障害がある
ぼんやりする、もうろうとすることがある
食事することが困難、またはできない 半日で一度も尿が出ていない
関節痛がある、体のあちこちの節々が痛い
その他()
- 新型コロナワクチン接種歴: 未接種 1回 2回 3回
※最後に接種したのは(年 月)
- 現在、下記のような病気を患っていますか? 何も患っていない 患っている(下記)
悪性腫瘍()
慢性閉塞性肺疾患(肺気腫や慢性気管支炎)や気管支ぜんそく
慢性腎臓病(慢性腎炎、ネフローゼ、腎不全等)
高血圧 糖尿病
脂質代謝異常(高脂血症、高コレステロール血症、高中性脂肪血症等)
その他()
- 現在、他の病院に通院していますか? いいえ はい:病名と医療機関名をお書き下さい
① の病気で 病医院
② の病気で 病医院
- 現在、他の病院から薬を処方されていますか? いいえ はい
※お薬手帳や薬の説明書があれば、受付にご提示下さい。なければ薬剤名をお書き下さい
① ② ③ ④
- 現在の身長は()cm 体重は()キロ
- タバコを吸わない 吸う 禁煙した(歳)※今まで(約 本/日 × 年)
- 酒を飲まない 付き合い程度 定期的飲酒(種類: 量:1日 ×週 日)
- 現在、下記のような免疫機能が低下する状態ではないですか?
臓器移植後 免疫抑制剤 抗がん剤等 を使用している
- 女性の方に伺います
①現在妊娠されていますか? いいえ はい ②現在授乳中ですか? いいえ はい
- 薬を使用し副作用が出たことがありますか? ない ある()
- マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか? はい いいえ(問14に回答を)
- この1年、健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診したことがない ある(下記を)
受診時期: 指摘事項、項目:

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に務めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

※当院では、節約のため裏紙を再利用する場合があります。ご容赦下さい。

COVID-19用:2022/09/18改訂

HER-SYS 用問診票～選択肢に○を付けるか、下線部にできるだけ詳しくご記入ください～

* _____ 年 _____ 月 _____ 日の体温: _____ °C・酸素飽和度: _____ %

* 氏名(フリガナ): _____ (_____)

* 生年月日(西暦): _____ 年 _____ 月 _____ 日(_____ 才)

* 性別: ・男 ・女

* 職業: _____

* 勤務先をご記入ください。

勤務先名称: _____

勤務先住所: 〒 _____ 住所: _____

勤務先電話番号: _____

* 自宅住所 : 〒 _____ 住所: _____

自宅電話番号: _____ 携帯電話番号: _____

* 未成年者の場合、保護者氏名: _____

陽性時 MY HER-SYS (online 健康観察) で使用する保護者携帯番号: _____

* 新型コロナワクチン接種歴回数: _____ 回

最終接種年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 種類/製造会社: _____

* 感染したと推定される日: _____ 月 _____ 日 または ・不明

* 感染原因: ・不明 または ・確定 ・推定 ⇒ _____

* 感染経路: ・飛沫 ・接触 ・その他 ・不明

* 感染地域: ・不明 または ・確定 ・推定 ⇒ できるだけ詳しく下記して下さい。

⇒ 国内: 都道府県: _____ 市区町村: _____ 場所(名称): _____

⇒ 国外: 国名: _____ 詳細地域: _____