

# 【内科・小児科】 問 診 票

重症	
中等症	
軽症	

患者又は付添の方は太枠内のわかるところを記入してください。

令和	年	月	日	(午前・午後		時	分)			
ふりがな				男	生	年	月	日	体	重
患者氏名				女	明治	大正	昭和	平成	令和	15歳以下の方 (      kg)
					年	月	日	(      歳      か月)		
住 所	〒      -				電話番号	(      )				

症状及び既往歴 (治療上大切ですから必ず記入してください。)

- 今日の体温は何度でしたか。 [      度      分]
- (発熱の方へ) いつから熱がありますか? [      ]
- 本日、以下の症状はありますか? ※有・無に○印をつけてください

No	症状	有・無	No	症状	有・無
①	喉の痛み	有 ・ 無	⑦	臭覚の異常 (臭いがわかりにくい)	有 ・ 無
②	鼻水	有 ・ 無		⑧	味覚の異常 (味がわかりにくい)
③	咳(せき)	有 ・ 無	⑨		吐き気・嘔吐
④	痰(たん)	有 ・ 無		⑩	下痢
⑤	息苦しさ	有 ・ 無			
⑥	強いだるさ(倦怠感)	有 ・ 無			

- それ以外の症状はありますか。  
[      ]
- 流行地への渡航や、感染者との接触など、新型コロナウイルスの感染が疑われる事例に心当たりはありますか?  
[      ]
- 今までに病気(心臓病・糖尿病・腎臓病・肝炎・HIVなど)にかかったことはありますか。 [ はい      いいえ ]
- 今までにけいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか。  
[ はい      いいえ ]
- 今までに手術をしたことがありますか。 [ はい      いいえ ]
- 今までに薬を飲んだり、注射をして副作用が出たことはありますか。  
[ はい (薬の名前      )      いいえ ]
- 現在どこかの病院・医院にかかっていますか。 [ はい      いいえ ]
- 現在何か薬を飲んでいますか。 [ はい      いいえ ]
- (女性の方へ) 現在妊娠していますか。 [ はい      いいえ ]  
(最後の生理日は      月      日)

ご協力ありがとうございました。

この問診票に答えられた方の  
氏名を右欄に記入してください。

(本人以外の方は本人との続柄)

氏名		続柄	
----	--	----	--