駒込かせだクリニック

記入日　　年　　月　　日

感染症外来　問診票

※ あてはまるものに☑をつけ、空欄には記入してください。

（ふりがな）	
お　名　前	
生年月日・性別	昭・平・令　　年　　月　　日（　　歳）・☐ 男　☐ 女
住　　所	〒
電話番号	自宅：　　携帯：
体重 **SpO2**※スタッフ記入	kg　・SpO2　　%　（計測時刻：　　：　　）

発症日・発熱	月　　日 発熱: ☐あり（最高：　　℃　今日：　　℃）　☐ なし
検査希望	☐ 希望する　☐ 希望しない　☐ 検討中（コロナ・インフルエンザ）
周囲の症状	周りに同じような症状の方がいますか？　☐ はい　☐ いいえ

以下の症状がありますか？(複数可)

☐ のどの痛み　☐ 咳(せき)　☐ 痰(たん)
☐ 鼻水・鼻づまり　☐ 強いだるさ(倦怠感)　☐ 下痢
☐ 頭痛　☐ 関節痛・筋肉痛　☐ 吐き気・嘔吐
☐ その他（　　）

基礎疾患はありますか？ **(複数可)**	☐ いいえ ☐ はい：　☐ 高血圧　☐ 糖尿病　☐ 脂質異常症　☐ 慢性呼吸器疾患 ☐ 慢性腎臓病　☐ 悪性腫瘍　☐ 心血管疾患　☐ 脳血管疾患　☐ てんかん ☐ 精神疾患　☐ 認知症　☐ その他（　　）
妊娠中ですか？ **（女性の方）**	☐ はい　☐ いいえ
インフルエンザワクチン	今シーズンに接種しましたか？　☐ はい　☐ いいえ

裏面もご記入ください

アレルギー	食べ物・薬　☐ あり（具体的に：　　）　☐ なし
喫　　煙	☐ 喫煙する（1 日約　　本、　　年前から）　　☐ 喫煙しない
飲　　酒	☐ 飲酒する（種類：　　量：　　ml・本/日）　　☐ 飲酒しない
近親者の病歴	☐ あり（例 父：糖尿病など →　　）　☐ なし

半年以内の健診受診 **【40～76 歳未満の方】**	☐ 受診あり　　☐ 受診なし　　☐ 該当年齢外
介護認定の有無 **【40 歳以上の方】**	☐ なし　☐ 非該当　☐ 自立　☐ 要支援 1　☐ 要支援 2 ☐ 要介護 1　☐ 要介護 2　☐ 要介護 3　☐ 要介護 4　☐ 要介護 5
明細書・領収書の発行	☐ 簡易（点数と金額のみ）　　☐ 詳細（検査項目名まで記載）
お支払い方法	☐ 現金　　☐ クレジットカード　　☐ 交通系 IC カード
当院をお知りになったきっかけ	☐ ホームページ　　☐ 知人・家族の紹介　　☐ 近所だから ☐ その他（　　）

気になること・医師への申し伝え	

※ご協力ありがとうございました。受付にお渡しください。