

# 問診票

次の質問に○印、あるいはご記入ください。

フリガナ  
お名前 \_\_\_\_\_ 性別 (男・女)

生年月日 (大 昭 平 令) 年 月 日 ご職業 \_\_\_\_\_

郵便番号 〒 \_\_\_\_\_ ご住所 \_\_\_\_\_

TEL (自宅電話) \_\_\_\_\_ (携帯電話) \_\_\_\_\_

(緊急時電話番号) \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_)

今日は、どのような症状で来院されましたか。

(いつから)

(どのような症状)

・ これまでに本院以外の脳神経外科を受診された事がありますか。

いいえ はい ( \_\_\_\_\_ 年頃) (病名 \_\_\_\_\_)

・ これまでに次の病気をされたことがありますか。

いいえ はい 脳梗塞 脳内出血 クモ膜下出血 脳腫瘍 ぜんそく  
心臓病 肝臓病 腎臓病 胃潰瘍 結核 前立腺肥大  
緑内障 うつ病 その他 ( \_\_\_\_\_ )

・ 現在、他の病気で治療を受けられたり、薬を服用されていますか。

いいえ はい 高血圧症 高脂血症 糖尿病 その他 ( \_\_\_\_\_ )

・ 本日、お薬手帳を持参されていますか。

いいえ はい

・ 特別な体質がありますか。

いいえ はい しっしん、かぶれ、じんましん、アレルギー、その他

・ これまでに注射や薬で具合が悪くなったことがありますか。

いいえ はい (薬の名前: \_\_\_\_\_)

・ これまでに麻酔をかけたり、手術をされたことがありますか。

いいえ はい ( \_\_\_\_\_ 年頃) (病名: \_\_\_\_\_)

・ 嗜好についてお答えください。

煙草は 吸う (一日 \_\_\_\_\_ 本) 吸わない ( \_\_\_\_\_ 歳頃) やめた  
お酒は 飲む (毎日・週 \_\_\_\_\_ 回) 飲まない

・ 利き手はどちらですか。 右 左

・ 女性の方は以下の質問にお答えください。

現在、妊娠中ですか。 はい 可能性あり いいえ

現在、授乳中ですか。 はい いいえ

(問診票またはこどもの問診票と一緒にこちらの記載をお願いします)

## 感染症対策問診票

ID ( ) 氏名 ( ) 令和 年 月 日

1	本日の体温は何度ですか？ ( ) °C
2	過去2週間以内に、当てはまる症状にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 発熱 解熱、鎮痛剤の使用 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 体のだるさ <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 味覚(あじ)・嗅覚(におい)の異常 <input type="checkbox"/> その他( ) 症状が発生した日: 月 日 <input type="checkbox"/> なし
3	新型コロナワクチンの接種を受けましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 接種を受けたことがある場合 1回目 月 日 ・ 2回目 月 日
4	過去2週間以内に、同居、職場、又は身近な人で当てはまる症状にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 体のだるさ <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 味覚(あじ)・嗅覚(におい)の異常 <input type="checkbox"/> なし
5	過去2週間以内に、県外及び県内の新型コロナウイルスの流行地への移動する機会がありましたか？ <input type="checkbox"/> ある 移動した日: 月 日 場所:( ) <input type="checkbox"/> なし
6	過去2週間以内に、県外の方と接触がありましたか？ <input type="checkbox"/> ある 接触した日: 月 日 接触した人: <input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 職場の人 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> なし
7	過去2週間以内に、人の多いところや換気の悪い密閉された場所(カラオケ・スナック・居酒屋など)に行かれたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ある 訪れた日: 月 日 場所:( ) <input type="checkbox"/> なし
8	過去2週間以内に、新型コロナウイルス感染した方と接触がありましたか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 職場の人 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> なし