

ながたクリニック特にかかりつけ医はない

★かかりつけ小児科/内科医療機関： _____

★登校/登園施設名： _____ 保育園・幼稚園・小学校・中学校・高等学校

フリガナ

氏名： _____ 男・女（妊娠中・授乳中・どちらでもない・不明）

生年月日： 暁・烜・嘲・穢 年 月 日 年齢： 歳 ヶ月

〒 _____ 住所： _____

自宅電話番号： _____ 携帯番号： _____

体重 _____ kg 身長 _____ cm 職業： _____

体温： _____ °C （ _____ 時頃に測定） 前日の発熱： 無・有（ _____ °C： _____ 時頃）

● 1ヶ月以内の海外渡航歴： 無・有（国名： _____）

● 10日以内の周囲や家族内での風邪などを含む感染症症状の有無（現在症状がなくとも）

無・有・不明（疾患名： _____）

● 6ヶ月以内のCOVID-19にかかった経験： なし・あり（いつ？： _____）

質問① あなたの具合の悪いことを、いつからどんな状態であるのを教えて下さい。

☆記入例： 3日前からのどが痛く、昨日から38度の熱がでてきた。ご飯を食べるのがつらい程の痛さになってきたため、受診。5日前に父親が同じ症状あり。

質問② 自分で心配な病気がありますか。あれば教えて下さい。

（今回の症状と関係がないと思われることでも構いません。）

質問③ 他にかかっている病院がありますか？病院名とその病名を教えてください。

（他の症状での受診や今回の症状との関連での受診など）

質問④ 現在、もしくは最近まで飲まれているお薬があれば、具体的に教えて下さい。

薬剤手帳をお持ちであれば問診表とともに受付にお預け下さい。

（薬の飲み忘れや副作用などの評価に必要になります。）

質問⑤ 以前にかかった主な大きな病気があれば、年代順に教えてください。

☆記入例： 平成28年 胃潰瘍で手術

質問⑥ 咽頭痛のある成人の方に質問です。ここ数か月の間に風俗や不特定多数の方との性行為はありますか？（鑑別診断に必要になります）

・ない ・ある

うら面も御記入下さい

質問⑦ 今までに薬を飲んだり、注射をした後に赤いブツブツが出たり、じんましんがでたり、その他の体の異常を来たした事はないですか？

- ・ない
- ・ある（どんな薬でどんな事がおこりましたか？）

質問⑧ 歯の治療で、痛み止めの麻酔をした場合に何か体に異常を来たしたことはないですか？

- ・ない もしくは したことない
- ・ある（どんな事がおこりましたか？）

質問⑨ タバコを吸っていますか？吸われていましたか？

（現在、喫煙していない方は過去の喫煙歴を記載下さい。）

- ・吸ってない
- ・以前吸っていた（1日___本を___年間）が、___年前からやめている。
- ・吸っている（1日___本を___年間）

質問⑩ お酒は飲まれますか？

- ・飲まない
- ・飲む イ：時々付き合いで、飲む程度。
□：1日___を___程度。（記載例：1日缶ビールを2本程度）

質問⑪ 同居人/家族の構成を教えてください。

☆記入例：5人同居、構成（両親、妻、中学2年息子、小学3年娘）

- ・___人同居、構成：_____

質問⑫ COVID-19ワクチンの最終接種歴に関して教えてください。

●**感染リスク/重症化リスクの評価のための質問ですので、ご協力ください。**

受診される方：

□ 未接種 □ ___回（ ___ 年 ___ 月頃）

同居人/家族の方：わかる範囲で

□ 未接種 □ ___回（ ___ 年 ___ 月頃） □ 不明

質問⑬ お車でいらした方に質問です。（車待機などの場合のお声かけ用）

- ・車種/カラー/ナンバーを教えてください。（わかる範囲で可）

質問⑭ 専用個室/車待機などの場合のお声かけ用に連絡のとれる携帯番号を教えてください。

_____（電話の持ち主：本人・父・母・祖父・祖母・_____）

質問⑮ 「ながたクリニック」をどうやって知りましたか？

- ・知人の紹介
- ・近くを通りかかって
- ・タウンページで
- ・インターネットで
- ・加賀市電話帳で
- ・家族が通っている

- ・その他（_____）