

※当院から連絡する際に必要となる大切な情報です。楷書で丁寧に記入ください。

ご記入日
年 月 日

医療法人メディカルビッドバレー

## 内科問診票

エールホームクリニック

フリガナ		生年 月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
お名前				
ご住所	〒	電話①	日中連絡をとれる番号: — —	
		電話②	— —	

あてはまる方は、にチェックをお願いします

- 家族、学校、職場などに新型コロナウイルスの陽性者がいる
- 新型コロナウイルスの検査キット等で陽性である( 月 日に陽性)
- 新型コロナウイルス陽性の診断で自宅療養中である( 月 日に陽性)

ご自宅での体温                      °C			
身長:                      cm	体重:                      Kg	血圧:                      /                      mmHg	脈拍:                      /分
いつから、 どのような症状 が ありますか?			
現在治療中の病 気	病名: 通院先:		
過去に 治療を受けた 病気や手術	病名・手術: 時期:		
アレルギーにつ いて	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 薬・食物(                      ) <input type="checkbox"/> その他(                      )		
血のつながった ご家族の 病気について	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> がん(                      ) <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> その他(                      )		
喫煙について	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: 1日あたり                      本を                      年間(                      歳 ~                      歳)		
飲酒について	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: お酒の種類(                      )、1回量(                      )、週(                      )日		
女性の方へ	あてはまる場合は、 <input type="checkbox"/> にチェックをお願いします <input type="checkbox"/> 妊娠中(                      )ヵ月 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中		
お薬手帳 <input type="checkbox"/> あり⇒問診票とともに受付に提出をお願いします <input type="checkbox"/> なし⇒のんでいるお薬がありましたら、下にご記入ください (                      )			