

# いまいホームケアクリニック 感染外来問診票

R 年 月 日

氏名

身長 cm 体重 kg

【1】 本日は、どのようなことで来院されましたか？ 体温 ( °C)

① いつから？ [ ]

② どのような症状ですか？  にチェック (✓) してください。

発熱 (最高 °C)  のどの痛み  頭痛  せき  鼻水  
 腹痛  嘔気・嘔吐  下痢  めまい

[ ]

コロナウイルス検査を希望されますか？ インフルエンザ検査を希望されますか？

はい  いいえ  はい  いいえ

(診察の前に検査をさせていただくこともありますのでご了承ください)

新型コロナウイルス感染症の感染法上の分類が「5類」となりましたので検査料は実費負担となります  
(検査料850円~2600円位 負担割合により異なります) 他に診察料等がかかります

【2】 今までに大きな病気にかかられたり、手術を受けられたりしたことがありますか？

ある ( ) 歳 病名 ( )  
( ) 歳 病名 ( )  
( ) 歳 病名 ( )  
( ) 歳 病名 ( )

ない

【3】 何か薬をのまれていますか。お薬手帳などをお忘れの場合は、お手数ですがお書きください。

はい ( )  いいえ

【4】 今までに薬をのんでアレルギーがでたことはありますか？

ある (薬品名: )  いいえ

【5】 喫煙はしますか？

はい (1日に 本)  いいえ

【6】 飲酒はしますか？

はい (種類: 週に /回程度 )  いいえ

【7】 女性の方にお聞きします。現在妊娠されている可能性はありますか、また、授乳中ですか？

ある  ない  授乳している

【8】 どのようにして当院の情報をお知りになりましたか？

以前、診療を受けたことがある  他院からの紹介  
 広告 (ホームページ/看板) で知って  知人にすすめられて  
 チラシをみて  家/勤務先が近いので

【9】 介護保険を利用されている方はお知らせください。 要介護 ( ) 要支援 ( )

事業所名 ( ) ケアマネジャーさんのお名前 ( )

※体温計を紛失された場合には、税込み3,000円を負担していただきますのでご了承下さい。