

ふりがな	
お名前	_____ 男・女
ご住所	(〒 _____)
生年月日	1. 明治、2. 大正、3. 昭和、4. 平成 _____年_____月_____日生
電話番号	自宅(_____) 携帯(_____)
	緊急連絡先(_____) 上記以外に連絡先があればご記入をお願いします。

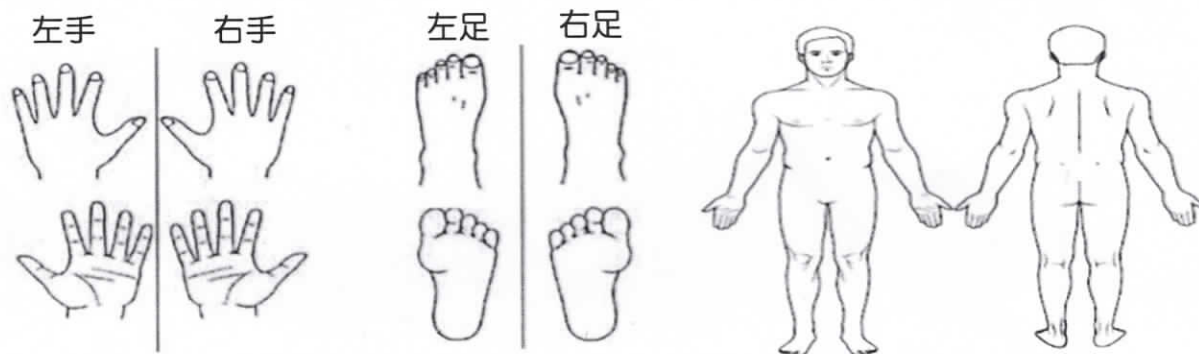
1. 本日は、どうされましたか？ 熱： _____ °C

いつからどのような症状がありますか？ ※詳しくご記入ください

(_____)

※□に「し」をいれ、下の絵の、症状がある部分を○で囲んでください

痛い しびれる 腫れている けが その他(_____)



2. 現在、治療中の病気はありますか？ はい いいえ
高血圧 心疾患(不整脈・狭心症・心筋梗塞等) 脳疾患(脳梗塞等) C型・B型肝炎
糖尿病(HbA1c= _____) 痛風・高尿酸血症 その他(_____)
 病院名(_____) ※血液検査の結果があれば受付へお預け下さい。

3. 現在服用中の薬があればお書きください。薬手帳をお持ちの方はご提出をお願いします
 (_____)

4. これまで入院や手術をしたことがありますか？ はい いいえ
 病名：(_____) 歳頃 病名：(_____) 歳頃

5. アレルギーはありますか？ はい いいえ
 薬(_____)・食品(_____)・その他(_____)

6. (女性の方) 妊娠の可能性はありますか？
はい わかりません 妊娠の可能性はありません 授乳中

7. (40歳以上の方) 介護保険は申請されていますか？
はい いいえ わかりません (支援1・支援2 介護1・介護2・介護3・介護4・介護5)

8. (60歳以上の方) 骨密度の検査は希望されますか？
はい いいえ

ご記入ありがとうございました。お手数ですが受付窓口までご提出ください。

令和 年 月 日

新型コロナウイルス感染症に関する共通問診票

お名前

付き添いの方のお名前

A：当てはまるものにチェックをしてください

	質問	お答え	
①	2週間以内に、あなた、または、同居の家族が新型コロナウイルス感染者の方と一緒にいたことがありますか？	はい	いいえ
②	2週間以内に、多人数が集まる換気の悪い密閉された場所（カラオケ、スナックなど）に行きましたか？	はい	いいえ
③	2週間以内に、県外（海外も含む）に滞在しましたか？	はい	いいえ
		地名（ ）	
④	2週間以内に、あなた、または、同居のご家族でかぜ症状の方はいましたか？	はい	いいえ

B：当てはまる症状がありますか？（○をつけてください）

1	発熱（ $\geq 37.0^{\circ}\text{C}$ ）		⑦	のどの痛み	
2	せき		⑧	筋肉痛	
3	強いだるさ		⑨	痰	
4	食欲不振		⑩	頭痛	
5	息切れ		⑪	吐き気・嘔吐	
6	臭い・味がわかりにくい		⑫	下痢	

医療法人後藤会 後藤整形外科医院