

健康診断問診表

(受診日にご記入ください)

お名前 (フリガナ) _____

ご記入日 _____

下記の項目に該当される方は□に✓をお願いします。

<input type="checkbox"/>	いわゆる風邪症状が持続している方
<input type="checkbox"/>	発熱（平熱より高い体温、あるいは体温が 37.5℃以上を目安とする。）、咳、呼吸困難、全身倦怠感、咽頭痛、鼻汁、鼻閉、頭痛、関節・筋肉痛、下痢、嘔気、嘔吐、味覚障害、嗅覚障害などの症状のある方
<input type="checkbox"/>	過去 2 週間以内に発熱（平熱より高い体温、あるいは体温が 37.5℃以上を目安とする。）のあった方
<input type="checkbox"/>	2 週間以内に、法務省・厚生労働省が定める諸外国への渡航歴がある方 (およびそれらの方と家庭や職場内等で接触歴がある方)
<input type="checkbox"/>	2 週間以内に、新型コロナウイルスの患者やその疑いがある患者（同居者・職場内での発熱含む）との接触歴がある方
<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルスの患者に濃厚接触の可能性があり、待機期間内（自主待機も含む）の方

*注意：上記質問項目に✓がある場合には、ご来院の前に電話連絡をお願いします。(048-834-8828)

□：上記の項目すべてに該当されない方はこちらに✓をお願いします。

・現在体調の悪いところはありますか。 □なし 院内測定体温 _____℃
症状：

・既往歴はありますか。手術を受けたことがありますか。 □なし
病名：

手術名： (年 月頃)

・現在通院、服用中のお薬はありますか。 □なし
病名：
医療機関名： 診療科：
お薬名：

・飲酒、喫煙をされますか。
飲酒 □なし ・□あり (約 回/週、お酒の量 程度)
喫煙 □なし ・□あり (約 本/日、 歳～)
□過去にあり (約 本/日、 歳 ～ 歳まで)

・直近の健康診断はいつでしたか。
年 月
診断結果：

・女性の方のみお答えください。
妊娠をされていますか。 □はい (現在妊娠 週) □いいえ