

# 広南病院 外来問診票

受診日 20 年 月 日  
お名前 \_\_\_\_\_ 様

※紹介状をお持ちの方は 2 から ご記入ください

## 1. 今回の症状についてお伺いします

①いつから どこが どのような症状ですか

[ \_\_\_\_\_ ]

②今回の症状で、他の病院・クリニックを受診していますか？

いいえ

はい (病院名 \_\_\_\_\_ 診断名 \_\_\_\_\_ )

③発熱はありますか？

いいえ

はい ( \_\_\_\_\_ °C )

## 2. これまでにかかった病気や現在治療中の病気について伺います

該当するものに○を付けてください

①高血圧・糖尿病・脂質異常・狭心症・心筋梗塞・不整脈・心房細動・緑内障  
脳梗塞・脳出血・慢性硬膜下血種・くも膜下出血・その他 ( \_\_\_\_\_ )

②手術やカテーテル治療などで体内に金属は入っていますか？

いいえ

はい (ペースメーカー・ステント・コイル・クリップ・シャントなど)  
病名・手術名 \_\_\_\_\_

③アレルギーはありますか？

いいえ

はい (金属・薬・食物など: \_\_\_\_\_ )

## 3. 血縁の方に脳出血・脳梗塞の方はいますか？

いいえ

はい (誰 \_\_\_\_\_ 病名 \_\_\_\_\_ )

## 4. 診察前に脳のCT撮影を希望しますか？(当院では低線量CTを導入しております。)

頭痛や吐き気など何らかの症状がある場合には診察前の検査をお勧めします。

ただし、症状がごく軽い方や未成年の方(保護者・付き添いの方の同意が必要)、

妊娠の可能性のある方には必ずしもお勧めしません。

希望する

希望しない

# 新型コロナウイルス感染症に関する問診表 Vol.8

|          |          |    |    |
|----------|----------|----|----|
| 来院日      | 令和 年 月 日 | 年齢 | 続柄 |
| 患者様お名前   | 様        | 歳  |    |
| 付添者お名前 ① | 様        | 歳  |    |
| 付添者お名前 ② | 様        | 歳  |    |
| 付添者お名前 ③ | 様        | 歳  |    |

\* 感染対策として**密を避けるため**、院内での付添は **最大2名まで** です。

\* それ以上の方、県外からお越しの方、15歳未満の方は1階ロビーで待機していただきます。

| 来院時の体温                                 |  | 患者様             |     | 付添者①            |     | 付添者②            |     | 付添者③            |     |
|--|--|-----------------|-----|-----------------|-----|-----------------|-----|-----------------|-----|
|  |  | ℃               |     | ℃               |     | ℃               |     | ℃               |     |
| No                                     | 質問   | 患者様             |     | 付添者             |     | 付添者             |     | 付添者             |     |
| 1                                      | コロナワクチン接種はお済みですか？                                  | はい<br>( )回      | いいえ | はい<br>( )回      | いいえ | はい<br>( )回      | いいえ | はい<br>( )回      | いいえ |
| 2                                      | 1週間以内に、37.5℃以上の発熱がありましたか？(ワクチン副反応を除く)              | はい<br>月日<br>( ) | いいえ | はい<br>月日<br>( ) | いいえ | はい<br>月日<br>( ) | いいえ | はい<br>月日<br>( ) | いいえ |
| 3                                      | 1週間以内に、県をまたぐ移動や旅行などがありましたか？<br>または、本日は県外からお越しですか？  | はい<br>場所<br>( ) | いいえ | はい<br>場所<br>( ) | いいえ | はい<br>場所<br>( ) | いいえ | はい<br>場所<br>( ) | いいえ |
| 4                                      | 1週間以内に、新型コロナ陽性の方、または濃厚接触者となった方との接触がありましたか？         | はい              | いいえ | はい              | いいえ | はい              | いいえ | はい              | いいえ |
| 5                                      | 1週間以内に、37.5℃以上の発熱がある方との接触がありましたか？                  | はい              | いいえ | はい              | いいえ | はい              | いいえ | はい              | いいえ |
| 6                                      | 1週間以内に、飲酒を伴う会食や多人数が集まる場所への外出がありましたか？<br>(何人で 何時間 ) | はい              | いいえ | はい              | いいえ | はい              | いいえ | はい              | いいえ |
| 7                                      | 現在、以下の症状はありますか？                                    | はい              | いいえ | はい              | いいえ | はい              | いいえ | はい              | いいえ |
|  | ●咳、のどの痛み   | はい              | いいえ | はい              | いいえ | はい              | いいえ | はい              | いいえ |
|  | ●息苦しさ・息切れ (持病は除く)                                  | はい              | いいえ | はい              | いいえ | はい              | いいえ | はい              | いいえ |
|  | ●味・においがしない   | はい              | いいえ | はい              | いいえ | はい              | いいえ | はい              | いいえ |
|  | ●強いだるさ (ワクチン副反応を除く)                                | はい              | いいえ | はい              | いいえ | はい              | いいえ | はい              | いいえ |
|  | ●下痢、吐き気(ワクチン副反応を除く)                                | はい              | いいえ | はい              | いいえ | はい              | いいえ | はい              | いいえ |
| ●筋肉痛 (ワクチン副反応を除く)<br>(激しい運動などによるものは除く) | はい   | いいえ             | はい  | いいえ             | はい  | いいえ             | はい  | いいえ             |     |