

1. 基本情報 (Basic information)

フリガナ	姓	名	生年月日	西暦	年	月	日		
名前/Name	姓	名	/B.D.	(満 歳)					
電話番号/Tel	携帯	-	LINEアプリ登録 Register to LINE	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	登録 予定
	自宅	-		<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	登録 予定
住所/Address	〒	-	市区町村					職業	
	番	-	番地番・マンション等						

※ LINEでフォローを受けられる方は、LINEに登録している携帯番号を携帯番号欄へ記載してください。

2. 医療情報 (Medical information)

かかりつけ病院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	病院名 ()	担当医 ()	TEL (- -)
服薬中の薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	症状		
		薬品名(商品名)		
		(日分)		
アレルギー情報	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	内容・症状		
		[左記でじんま疹以上の症状の有無]		
		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	[病名]		
妊娠の有無(患者本人)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(週) (かかりつけ医:)		

3. 日常生活自立の状況 (Daily life independence level)

※宿泊施設での療養を検討する場合の項目です。

支援を受けることなく一人で日常生活を送れますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> その他 ()
指定の場所・時間に食事を取りに行けますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> その他 ()
洗濯等を手洗いで自分で行うことができますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> その他 ()
緊急時に介助なく避難することができますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> その他 ()
仕事や私物等の荷物を受け取れないことに同意できますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> その他 ()

生活保護受給	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
保険証 (記号・番号・保険者番号)	記号: 番号: 保険者番号:

4. 災害時に備えた情報提供の取り扱い (Provision of personal information)

自宅療養及び宿泊療養期間中に、大規模な台風や大地震などの災害発生に備え、生命、身体の安全を守るため、お住まいの市町村に個人情報を提供する必要があります。

<input type="checkbox"/> 情報提供することに同意します	<input type="checkbox"/> 情報提供することに同意しません
---	--

5. 緊急連絡先（原則家族）（Emergency contact）

※ 緊急時に患者様と連絡が取れない場合に使用します。

1	名前/Name		続柄/Relation	
	電話番号/Tel	-		
2	名前/Name		続柄/Relation	
	電話番号/Tel	-		

6. 外国籍の方（A citizen of foreign nationality）

日本語での会話は可能ですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> その他（	
日本語の読み書きは可能ですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> その他（	
母国語は何語ですか？		英語対応について	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 不可能

7. 食事・お体の状況（Physical condition）

食事・食材に制限がありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
食事はとれていますか？	<input type="checkbox"/> 普段どおり	<input type="checkbox"/> あまりとれていない（ 日前頃から） <input type="checkbox"/> ほとんどとれていない（ 日前頃から）
水分はとれていますか？	<input type="checkbox"/> 普段どおり	<input type="checkbox"/> あまりとれていない（ 日前頃から） <input type="checkbox"/> ほとんどとれていない（ 日前頃から）
眠れていますか？	<input type="checkbox"/> 普段どおり <input type="checkbox"/> あまり眠れていない（理由： <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> その他（	
息苦しさはありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 少しある <input type="checkbox"/> 強くある
頭痛はありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
だるさがありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 少し感じる <input type="checkbox"/> 強く感じる

8. 住居や同居人等について（About your home, family or housemate）

患者本人の専用の個室はありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
同居人はいますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり → 『あり』を選択した場合は下記もお答えください
高齢者（65歳以上）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
基礎疾患がある者 （糖尿病、心疾患や呼吸器疾患を有する者、透析加療中の者、脳血管疾患、精神疾患等）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
免疫抑制状態である者（免疫抑制剤や抗がん剤を用いている者）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
妊娠している者	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
医療従事者、福祉・介護職員などの高齢者・障がい者等と多く接触する者	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
入院中及び宿泊療養中、子どもの世話をしてくれる者	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり

9. ペットの有無について（About a pet）

ペットの有無（いる場合は種類、数）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	《種類》	《数》
-------------------	-----------------------------	-----------------------------	------	-----

10. そのほか症状等含め、気になることありましたらご記入ください（Please fill in anything you care about.）

{

}

問診票(初診・大人用)

ID _____

年 月 日

フリガナ				
名前	性別	男・女	生年月日	年 月 日 才
住所	〒 _____			
電話	(携帯) _____			

●今日はどのような症状で来られましたか？ あてはまるものにチェックしてください。

- 発熱 せき 鼻水 鼻詰まり 息切れ 息苦しい たん
 頭痛 ノドの痛み 嘔気 嘔吐 腹痛 下痢
 いびき 無呼吸 禁煙外来 その他 (_____)

●その症状はいつからですか？

- 今日 昨日 月 日頃から
 発熱の方⇒ 月 日 時頃から⇒ 高い時何℃ありましたか？ (_____℃)

●今までにかかった病気・手術・ケガはありますか？ なし あり

- 高血圧 糖尿病 喘息 高脂血症 心臓病 腎臓病 肝臓病 脳卒中
 前立腺肥大症 緑内障 癌 (_____) その他 (_____)

●現在、何かお薬を飲まれていますか？

- なし あり (_____)

※お薬手帳はお持ちですか？ なし あり ⇒ 受付へお出してください。

●アレルギーはありますか？

- なし あり
 食べ物 (_____)
 薬 (_____)
 その他 (_____)

●嗜好品についてお答え下さい。

- 喫煙 なし あり
 (_____ 本/日) (_____ 年前) にやめている
 アルコール なし あり

●女性の方にお尋ねします。妊娠中ですか？

- いいえ はい ⇒ ヶ月 出産予定日 _____ 月 日

●授乳中ですか？

- いいえ はい

スタッフ記載

<バイタル>	
BT	_____℃
P	_____回/分
BP	_____/_____mmHg
SpO2	_____%