

# Medical Questionnaire for Outpatient

## 外来問診票

**For smooth entry, please fill and submit this at the entrance when you visit us.**

円滑な来院のため、来院時にこの問診票を記入し、入口にてご提出ください。 **Date** 日付：

**Name** 名前：

**Sex** 性別： M 男・F 女

**Temperature (Home)**:体温(自宅) °C

**Temperature (Present)**:体温(現在) °C

**Departments** 診療科: Internal medicine (内科) /Surgery (外科) /Orthopedics (整形) /  
Pediatrics (小児) /Ophthalmology (眼科) /Neurosurgery (脳外) /Urology (泌尿器) /  
Dermatology (皮膚科) /Medical affairs (医事).

No.	QUESTIONS	ANSWERS		REMARKS/備考
1	Did you visit overseas or outside of Yamanashi in 14 days? 2週間以内に海外・山梨県外へ出かけましたか?	NO いいえ	YES はい	Place (場所)
2	Did you visit any places of 3C's (Closed spaces, Crowded places and Closed-contact) in 14 days? 2週間以内に3密(密閉・密集・密接)となる場所へ出かけましたか?	NO	YES	Place (場所)
3	Is there anyone who is diagnosed as COVID-19 around you. 周囲に新型コロナウイルス陽性と診断されたものがある。	NO	YES	
4	Is there anyone who is diagnosed as a close contact (possibly infected person) of COVID-19 around you. 周囲に濃厚接触者(感染疑いの可能性のある人)と診断されたものがある。	NO	YES	
<b>SYMPTOMS In 14 days. 14日以内に以下の症状がありましたか。</b>				
5	Had fever OVER 37.0 °C for more than two days. 37°C以上の発熱が2日以上続いた。	NO	YES	When いつ Temperature (max.) 体温(最高)
6	Difficulty breathing for more than two days. 二日以上、息苦しい。	NO	YES	
7	Sore throat のどが痛い。	NO	YES	
8	Cough or phlegm 咳・たんが出る。	NO	YES	
9	Loss of appetite 食欲がない。	NO	YES	
10	Loss of taste and smell 味覚や嗅覚が分からない。	NO	YES	
11	Feel tired and dull for more than two days. 2日以上、体がだるくてつらい。	NO	YES	
12	Headache 頭が痛い。	NO	YES	
13	Joint pain 関節が痛い。	NO	YES	
14	Please write any concerns about your physical condition, if you have . ご自身の状態について気になることがある場合、ご記入ください。			
15	Is there anyone who has the above symptoms in your family living together or attendants? (maximum 2 persons). 同居家族または付き添いの方で(2名まで)、上記の症状がある人はいいますか?	NO	YES	Name 名前: Temperature 体温: