

問診票

記入日: /

ふりがな		生年月日	
お名前		大正 昭和 平成 令和	
		年 月 日(才)	
ご住所	〒 -	電 話	- -
		携帯電話	- -

- 過去に、新型コロナウイルス PCR 検査にて陽性反応 ある・なし
- 現在かぜ症状(熱、咳、全身倦怠感、咽頭痛など)が ある・なし
体温(°C)
- 呼吸苦・息苦しさが ある・なし
- 味覚・嗅覚異常が ある・なし
- 消化器症状(吐き気、下痢など)が ある・なし
- 頭痛・筋肉痛が ある・なし
- 他、何か症状がありますか? ()
- 6ヶ月以内に海外旅行 ある・なし 場所()
- 濃厚接触歴(ジム・カラオケ・接待を伴う店) ある・なし
- 医療従事者ですか? はい・いいえ 仕事()

- 現在治療中、またはこれまでにかかった病気はありますか?

ない ある	ぜんそく 熱性けいれん 高血圧 糖尿病 腎臓病 肝臓病 緑内障 前立腺肥大 心臓病 その他()
-------	--

- 薬や食物でじんましんが出たり、気分が悪くなったりしたことがありますか?

ない ある	薬・食物の名前:
-------	----------

- タバコは吸いますか?

吸わない	現在吸っている(1日 / 年) ()年前まで吸っていた
------	-----------------------------------

- 内服中の薬はありますか? (お薬手帳があれば受付へお申し出ください)

ない ある	医療機関名: 薬の名前:
-------	-----------------------------------

- 女性の方へ:妊娠中またはその可能性はありますか?授乳中ですか?

いいえ	妊娠中(週)	妊娠の可能性がある	授乳中
-----	--------------	-----------	-----