

問診票

令和 年 月 日

ふりがな

氏名：..... 生年月日：(大・昭・平・令) 年 月 日

住所：〒..... 性別：男・女

電話番号：..... 身長：..... cm 体重：..... kg

本日の受診内容についてお答えください。

- ① どのような症状ですか？ 発熱 のどの痛み 咳 痰 鼻水 息苦しさ 頭痛
 関節痛 腹痛 吐き気や嘔吐 下痢 その他(.....)
- ② いつ頃からですか？ (.....)
- ③ 周囲に（新型コロナウイルス・インフルエンザ）に感染した方がいますか？ いいえ はい
- ④ これまでに新型コロナウイルス感染症にかかりましたか？ いいえ はい(時期：.....)
- ⑤ 新型コロナワクチンは接種されましたか？ いいえ はい(.....回)
- ⑥ 今までにかかった疾患や手術、現在治療中の疾患、定期的に服用している薬があればご記入下さい。
(.....)

※お薬手帳をお持ちの方は提示してください。

- ⑦ 薬や食べ物などでアレルギーはありますか？ なし あり(.....)
- ⑧ 喫煙についてお答えください。 ◆喫煙：なし・あり・やめた(.....歳ころまで)
- ⑨ 新型コロナ・インフルエンザの抗原検査のご希望はありますか？ いいえ はい
- ⑩ 女性の方のみご記入下さい。
◆妊娠中である いいえ 可能性あり はい(.....週目) ◆授乳中である いいえ はい