

問診票

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日 (____ 歳)
 住所 _____ 自宅電話番号()-()
 携帯電話番号 (_____) 駐車場からの診察の呼び出しに使用
 自家用車のナンバー (_____)

◎新型コロナウイルス感染症や、その疑いのある方との濃厚接触の可能性は
 ありますか? _____ はい・いいえ

◎2週間以内に松本市外や県外への往来がありますか? _____ はい・いいえ

◎2週間以内に人の大勢集まる場所(駅、空港、宿泊施設、映画館、飲食
 店、大型商業施設、体育館、スタジアム、コンサート会場など)を利用しま
 したか? _____ はい・いいえ

◎移動時に自家用車以外の公共交通機関(バス、電車、飛行機、船など)を
 利用したり、利用した人との接触はありますか? _____ はい・いいえ

体温 _____ °C

いつから症状がありますか? _____ 頃から

どんな症状ですか? 臭いや味がしない のどの痛み 咳 痰のからみ
 息苦しさ だるさ 寒気 頭痛 関節痛 吐き気 おう吐 下痢 腹痛
 めまい

上記以外の症状 (_____)

今回飲んだ薬 なし・あり (_____)

現在治療中の病気 なし・あり (_____)

普段飲んでいる薬 なし・あり (_____)

食物アレルギー なし・あり (_____)

薬物アレルギー なし・あり (_____)