

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 (_____) ←診察の呼び出しなどに使います

自家用車のナンバー・車種・色 (_____)

職業 (_____) 勤務先・学校 (_____)

◎新型コロナウイルス感染症や、その疑いのある方、発熱や風邪症状のある方との接触の可能性はありますか？ 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() ・鼻汁() ・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 (_____)

過去に大きな病気や手術歴など (_____)

コロナワクチン接種 なし・あり (_____ 回) 最終接種日 (令和 _____ 年 _____ 月)

ご協力ありがとうございました