

## 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