

問 診 票 (発熱・風邪症状)

※診察券をお持ちの場合はお名前・診察券番号だけご記入ください					
記入日 令和3年 月 日		診察券 <input type="checkbox"/> あり(番号:) <input type="checkbox"/> なし			
ふりがな		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
お名前		電話番号			
ご住所	〒 -				

◆本日の体温をご記入ください (°C)

◆発熱・風邪症状はいつからですか？

今日から 昨日から () 日前から

◆あてはまる症状にチェックを入れてください

発熱 せき たん のどの痛み 頭痛 関節痛・筋肉痛
 息切れ・呼吸が苦しい 倦怠感・だるさ 腹痛 吐き気 嘔吐
 下痢 味覚障害・嗅覚障害 その他 ()

◆あてはまる項目にチェックをいれてください

同居の人に同様の症状の人がいる
 周囲(職場・学校など)の人に同様の症状の人がいる
 同居の人が新型コロナウイルス感染症と診断された
 周囲の人が新型コロナウイルス感染症と診断された
 過去に扁桃炎を何度か繰り返している
 最近新型コロナウイルス感染症の検査を受けた ※検査日(年 月 日)

◆現在治療中の病気、または過去に治療を受けた病気はありますか？

なし あり

「あり」とお答えの方はあてはまるものにチェックしてください

糖尿病 高血圧症 脂質異常症 前立腺肥大症 心臓疾患(不整脈含む)
 肝臓疾患 脳疾患 緑内障 花粉症 気管支喘息
 その他 ()

◆いつも定期的に飲んでいる薬はありますか？

なし あり

※「あり」とお答えの方はおくすり手帳か薬の内容がわかるものをお持ちください

◆薬や食品などでアレルギーが出たことはありますか？

なし あり

「あり」とお答えの方は薬剤名、食品名などをご記入ください

()

◆今までに病気やけがで手術を受けたことはありますか？

なし あり

◆女性の方はあてはまる項目があればチェックしてください

妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中