

問 診 票

受診日： 年 月 日

ふりがな	生年月日	(西暦)	年	月	日(満 歳)
お名前	(未成年の場合保護者名もご記入ください→)				
ご住所	(現在お住まいの住所を記入ください) 〒				
TEL	携帯電話	自宅			
ご職業	※常に連絡のとれる番号を記入ください				

1. 今回の症状が始まったのは 月 日 来院時体温: °C
体温 4日前 °C 2日前 °C
3日前 °C 1日前 °C

SpO2 : %
PR :

2. この症状で別の病院に受診していますか はい ・ いいえ

3. 症状を具体的に記入してください

- 自身で検査を受けて陽性になった→検査日: 月 日/検査方法: PCR 検査・抗原検査
 のどの痛み 月 日から 吐き気 月 日から
 せき 月 日から 嘔吐 月 日から
 強いだるさ(倦怠感) 月 日から 下痢 月 日から
 頭痛 月 日から 味覚異常 月 日から
 息苦しさ(呼吸困難) 月 日から 嗅覚異常 月 日から
 その他のご症状()

4. 新型コロナウイルス肺炎陽性者との接触はありましたか

はい → 陽性の方はどなたでしたか:

いいえ

5. 二週間以内に海外渡航をしましたか

はい → (いつ頃: 渡航先:)

いいえ

6. 新型コロナウイルスワクチンの接種を受けましたか

はい → (回数→ 回、最終接種日: 年 月 日
ワクチンの種類(ファイザー/モデルナ/アストラゼネカ/不明))

いいえ

7. 下記の疾患があれば、○をつけてください(他に治療中の疾患があれば、その他にご記入ください)

悪性腫瘍 / 慢性閉塞性肺疾患(COPD) / 慢性腎臓病 / 高血圧 / 糖尿病
/ 脂質異常症 / 肥満(BMI30以上) / 喫煙歴 / その他疾患

!! 重要 !!

- ◎今までに、薬によるアレルギーが出た事がありますか? ある方は薬品名と症状を記入して下さい

はい → ()

いいえ

- ◎今までに採血等で気分が悪くなったことがありますか? はい ・ いいえ

- ◎緑内障の既往歴はありますか? はい ・ いいえ

- ◎前立腺肥大症の既往歴はありますか? はい ・ いいえ

- ◎(女性の方のみ) 現在、妊娠中ですか? はい (週) ・ いいえ

- 現在、授乳中ですか? はい ・ いいえ