

(フリガナ)

発熱・風邪症状の方 問診票

年 月 日

氏名 _____ (男・女) 生年月日 _____ 年 月 日 才

住所 〒 _____ 職業 _____

身長 _____ cm、 体重 _____ kg 自宅or携帯電話 _____

平熱 (_____ °C) 体温 _____ °C (_____ 時) SpO₂ _____ % (医院にて計測)

1. 下記の項目に**あてはまる場合はチェック☑**し、必要事項を記載してください

新型コロナウイルスに感染したことがある 療養終了 _____ 月 _____ 日

新型コロナウイルス発症者との濃厚接触 または 同居

過去2週間以内に同居する人に発熱・風邪症状がある

新型コロナワクチンの接種を受けたことがある

接種回数 _____ 回 前回の接種日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 前回受けたワクチン種類 (_____)

上記項目に該当しません

2. 過去2週間以内の、ご自身の症状について項目にチェック (☑) してください

発熱 (37.5°C以上) においがわかりにくい

咳 だるい

鼻汁 息苦しい

喉の痛み 下痢症状

味がわからない その他 (_____)

3. その症状はいつからありますか？

[_____]

4. ・そのことでどちらかの医師の診察を受けていますか？ (はい・いいえ)

病院名 : (_____)

病名および服用薬剤 : (_____)

・上記以外で、現在通院中の病院はありますか？ (はい・いいえ)

病院名 : (_____)

病名および服用薬剤 : (_____)

・お薬手帳はありますか？ (ある・ない) その他服用中の薬剤やサプリメントはありますか？ (_____)

5. 今までに病気、手術、外傷あるいは入院などの経験はありますか？ (はい・いいえ)

[_____]

6. 食物や薬品のアレルギーはありますか？ (ある・ない)

(食品、薬品名 : _____)

7. 現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか？ (ある・ない)

8. 煙草は吸いますか？ (はい・いいえ・吸っていた) 1日に _____ 本、約 _____ 年間

9. 自家用車で来院の場合、車で待機をお願いしていますので記入してください。

車種 (色) : _____ ナンバー : _____

※本日のお会計は⇒8週以内に次回診察予定がある方は、次回ご来院時に頂戴します。次回 (_____ / _____)

8週以内に次回診察予定のない方は、後日請求書を送付しますので、お振込みもしくは症状がなくなってから (目安 本日より1週間以降後) 窓口にてお支払いください。