

# 問診票

☆洩れなく全て記入してください☆

令和 年 月 日

フリガナ	ID番号[ ]		
お名前	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)	男 女
現住所	〒 -	電話番号	
		携帯番号	
		職業	
身長		体重	
保護者氏名	保護者住所		
保護者電話番号			

あてはまる項目に☑及び回答をお願いします。 来院時Spo2 %

◎ 37.5℃以上の熱 なし あり ( / から) 最高 ℃ 来院時 ℃

◎ 呼吸器症状 なし あり ( / から)

※現在ある呼吸器症状すべてに○をして下さい 咳 のどの痛み 息苦しさ 痰が出る 胸が痛い 鼻水 鼻づまり

◎ 倦怠感 なし あり ( / から) ◎ 頭痛 なし あり ( / から)

◎ 関節痛 なし あり ( / から) ◎ 嘔気・嘔吐 なし あり ( / から)

◎ 下痢 なし あり ( / から) ◎ 結膜炎 なし あり ( / から)

◎ 嗅覚異常 なし あり ( / から) ◎ 味覚異常 なし あり ( / から)

◎ 解熱剤服用 なし あり (薬剤名: 最終内服時間: 時)

◎ 現在治療中の疾患 なし 高血圧 脳卒中 高脂血症 心臓病 糖尿病 リウマチ  
肝臓病 腎臓病 骨粗鬆症 痛風 喘息 精神疾患  
膠原病 甲状腺 透析中 化学療法中  
その他 ( )

◎ 現在内服中の薬 なし あり (薬剤名: ) ※来院時お薬手帳を提出してください

◎ 薬アレルギー なし あり (薬剤名: )

◎ 食品アレルギー なし あり (食品名: )

◎ ご家族の持病 父: 母: 兄弟:

※なければ「なし」と記入してください 姉妹: 祖父: 祖母:

◎ タバコ 全く吸わない 以前吸っていた (歳から 歳まで)

今も吸っている (1日 本、 年間)

◎ お酒 全く飲まない 以前飲んでいた

今も飲んでいる (種類: 量: ml・合)

◎ 妊娠中または妊娠の可能性 なし あり

◎ 授乳中 はい いいえ ※女性のみお答えください

◎ 新型コロナウイルス罹患患者 (疑い含む) との接触 なし あり

家族 (続柄: ) 職場の同僚 友人 同居人 その他 ( )

接触場所: 都内 区  県・道・府 市

◎ 海外・国内旅行へ行った なし あり (場所: 期間: / ~ / )

◎ 不特定多数の人が集まる場所へ行った なし あり (いつ: 月 日)

麻雀 パチンコ カラオケ スポーツジム ライブ会場 居酒屋

その他 ( ) 場所: 都内 区  県・道・府 市 名称:

◎ 直近のコロナワクチン接種 回目: 年 月 日 (ファイザー・モデルナ) 接種無し

PCR希望 抗原検査希望 検査せず処方希望 医師と相談し決める