

問診票

初・再 ID :

		受診日	年 月 日
お名前	ふりがな	生年月日	大正 昭和 平成 西暦
	男・女		才 年 月 生
ご住所	〒	お電話 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯	
お勤め先		体温	現在 °C

1. いつから、どのような症状がありますか？

発熱 (37.5°C以上) 月 日～ (°C)

せき 月 日～

鼻水 月 日～

倦怠感 月 日～

咽頭痛 月 日～

息苦しい 月 日～

その他 月 日～ 症状

2. 周囲に、上記のような症状のある方はいますか？ いる ・ いない

3. 過去2週間以内に新型コロナウイルスの患者さんと接したことはありますか？ ある ・ ない
海外からの渡航歴はありますか？ ある (いつ どこから) ・ ない

4. 現在治療中の病気はありますか？
糖尿病 心臓病 呼吸器疾患 (COPD・喘息など) 人工透析
免疫抑制剤や抗がん剤の服用 花粉症 その他 ()
かかっている医療機関： _____

5. 現在飲んでいるお薬はありますか？
ない ある： _____

6. 今までにアレルギー・特異体質と言われたことはありますか？
ない ある：食物()薬()その他()

★タバコについて 吸う (本/日) 吸わない ★お酒について 飲む (日/週) 飲まない

★現在、妊娠中ですか？ はい いいえ ★授乳中ですか？ はい いいえ

★当クリニックをお知りになったきっかけを教えてください。
ホームページ (パソコン用 スマートフォン用) 知人紹介 広告 その他