

問 診 票

年 月 日

ふりがな		生年月日	S・H・R
氏名			()歳
住所		自宅電話番号	
車ナンバー	車の色()ナンバー()	携帯番号	

平熱()℃ 病院での体温()℃ 喫煙 あり なし

今回の症状で発熱センターや他医院で当院を紹介されましたか？

はい いいえ

新型コロナウイルス・インフルエンザにかかった方が側にいましたか？

いない いた(インフルエンザ コロナウイルス) 誰()

熱がある人が側にいましたか？

いない いた

2週間前までに流行感染地(首都圏、大都市)や人が密集する場所(夜の街、会食、カラオケ等)へいきましたか？

該当なし 行った :いつ()場所()

コロナワクチンの予防接種を行っていますか？

接種した(1回 ・ 2回)→いつ接種しましたか？()月) 接種していない

お薬手帳お持ちですか はい・・・お伺いするスタッフにお渡してください いいえ・・・お薬を飲んでいる方はご記入ください

治療中の病気はありますか？()薬名()

食べ物やお薬でアレルギーはありますか？ ない ある()

症状が出た日から詳しく記入してください。当てはまる症状に○をしてください

月日						
最高熱						
	鼻汁	鼻汁	鼻汁	鼻汁	鼻汁	鼻汁
	咳(時々)	咳(時々)	咳(時々)	咳(時々)	咳(時々)	咳(時々)
	喉の痛み	喉の痛み	喉の痛み	喉の痛み	喉の痛み	喉の痛み
	嘔吐()回	嘔吐()回	嘔吐()回	嘔吐()回	嘔吐()回	嘔吐()回
	腹痛	腹痛	腹痛	腹痛	腹痛	腹痛
	下痢()回	下痢()回	下痢()回	下痢()回	下痢()回	下痢()回
	頭痛	頭痛	頭痛	頭痛	頭痛	頭痛
	関節痛	関節痛	関節痛	関節痛	関節痛	関節痛
	激しい咳	激しい咳	激しい咳	激しい咳	激しい咳	激しい咳
	息苦しさ	息苦しさ	息苦しさ	息苦しさ	息苦しさ	息苦しさ
	ひどいだるさ	ひどいだるさ	ひどいだるさ	ひどいだるさ	ひどいだるさ	ひどいだるさ
	味がしない	味がしない	味がしない	味がしない	味がしない	味がしない
	匂いがしない	匂いがしない	匂いがしない	匂いがしない	匂いがしない	匂いがしない
その他						

<スタッフ記入欄> SPO2 P その他

※書き終わったらインターホンを押してください。