

ID

問診票

年 月 日

ふりがな		男・女	電話番号	自宅：
氏名				携帯：
生年月日	西暦 年 月 日 (才)		※ 18才未満の方にお伺いします	
住所	〒		保護者氏名：	
			連絡先：	
			車のナンバー 車の色()ナンバー()	

以下の質問にお答えください。記入が終了したら、玄関横のインターホンを押して下さい。

- お近くに、発熱の方、コロナウイルス・インフルエンザにかかっている方はいますか？
いない
いた(コロナウイルス・インフルエンザ・その他) → 接触した人()
- コロナワクチンの予防接種は行っていますか？
接種していない
接種した 回数(回) → 最終接種日： 年 月
- 現在治療中。もしくは過去に治療していた病気はありますか？
いいえ はい → 病名：
- 喫煙歴はありますか？ いいえ はい
- お薬手帳はお持ちですか？ ※ 持参されている方は、問診票と一緒に、スタッフへ渡して下さい
いいえ 忘れた はい
- 食べ物やお薬でアレルギーはありますか？
いいえ はい()
- 現在、妊娠中ですか？ いいえ はい(妊娠何週： 週) 授乳中

症状が出た日からの内容を教えて下さい。当てはまる症状に ○ をつけて下さい

病院での 体温 (°C)

月日						
熱						
症状	咳	咳	咳	咳	咳	咳
	喉の痛み	喉の痛み	喉の痛み	喉の痛み	喉の痛み	喉の痛み
	息苦しさ	息苦しさ	息苦しさ	息苦しさ	息苦しさ	息苦しさ
	体のだるさ	体のだるさ	体のだるさ	体のだるさ	体のだるさ	体のだるさ
	腹痛	腹痛	腹痛	腹痛	腹痛	腹痛
	嘔吐()回	嘔吐()回	嘔吐()回	嘔吐()回	嘔吐()回	嘔吐()回
	下痢()回	下痢()回	下痢()回	下痢()回	下痢()回	下痢()回
	頭痛・関節痛	頭痛・関節痛	頭痛・関節痛	頭痛・関節痛	頭痛・関節痛	頭痛・関節痛
	味・匂いがしない	味・匂いがしない	味・匂いがしない	味・匂いがしない	味・匂いがしない	味・匂いがしない
	鼻汁	鼻汁	鼻汁	鼻汁	鼻汁	鼻汁
その他						

ご記入いただき、ありがとうございました。

【スタッフ記入欄】 ※ ここから下は、記入しないで下さい。

- 3診 → 説明(済・未) 移動済
- 届出 : 必要 不要
- ラゲプリオ : あり なし
- SpO2 : %
- P : 回/分