

問診票

記入日 年 月 日

フリガナ

氏名： _____ 男・女 生年月日： ____ / ____ / ____ 年齢： ____ 歳
〒 _____

住所： _____

電話番号： _____ () 携帯： _____ ()

体温： _____ °C

★具合の悪いところを具体的に記入してください。(いつから/どこが/どのように)

(月 日 時頃)

★あてはまるものに記入・チェックしてください。

発熱： ____月 ____日 午前・午後 ____時頃より ____°C

- | | | | |
|---------|---|------|---|
| 咳あるいは痰 | (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) | 息苦しさ | (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) |
| のどの痛み | (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) | 倦怠感 | (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) |
| 関節痛 | (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) | 頭痛 | (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) |
| 味覚異常 | (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) | 嗅覚異常 | (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) |
| 嘔吐 | (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) | 下痢 | (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) |
| 症状次第に悪化 | (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) | | |
| その他 | (_____) | | |

★今回の症状で他の医療機関を受診しましたか？

いいえ はい ____月 ____日 病院名 _____

★現在治療中の病気・内服している薬はありますか？(サプリメントも含む)

いいえ はい

病名	医療機関名	内服薬
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

※お薬手帳をお出してください。

★今までにかかったことのある病気はありますか？

- 喘息 肺炎 結核 高血圧 肝臓病 腎臓病
 糖尿病 脳卒中 心臓病
 その他(病名： _____)

裏面へ続く

★アレルギーはありますか？

- なし あり 薬 _____
食べ物 _____
その他（花粉症・ゴム・金属など）

★周囲に発熱・咳などの症状の方はいますか？ はい いいえ

続柄 _____ いつから _____

その他の症状 _____

★2週間以内の新型コロナウイルス感染（疑い）の方と接触はありましたか？

- はい いいえ 不明

はいの場合：いつ頃 _____

接触した場所や状況 _____

★2週間以内の外出について

不特定多数が集まる場所に出かけましたか？ はい いいえ

ナイトクラブ スポーツジム イベント サークル活動

出張 旅行 大型スーパー 飲食店

その他（ _____ ）

2週間以内に外国へ行きましたか？ はい いいえ

行き先 _____ いつ _____

★女性の方へ

現在、妊娠中ですか？ はい いいえ 授乳中ですか？ はい いいえ

ご記入ありがとうございました。