

年 月 日

◆問診票◆

患者番号 ()

フリガナ									
氏名	男・女		生年月日	年	月	日	年齢	歳	
〒 住所									
電話番号 携帯					自宅				
未成年者は保護者氏名					保護者連絡先				
身長	cm	体重	kg						
職業 ()				最終出勤・通学日 (/)					
通勤・通学地 ()				移動手段 (車 徒歩 電車 自転車)					

当てはまる症状に○をお付けください。症状が出た日付・現在の症状の有無に○をお付けください

(症状が出た日付) (症状持続の有無)			(症状が出た日付)			(症状持続の有無)		
咳	(/)	(有 無)	痰	(/)		(有 無)		
喉の痛み	(/)	(有 無)	鼻水	(/)		(有 無)		
鼻づまり	(/)	(有 無)	頭痛	(/)		(有 無)		
体の怠さ	(/)	(有 無)	関節痛	(/)		(有 無)		
腹痛	(/)	(有 無)	下痢	(/ 計 回)		(有 無)		
吐き気	(/)	(有 無)	嘔吐	(/ 計 回)		(有 無)		
味覚異常	(/)	(有 無)	嗅覚異常	(/)		(有 無)		
その他の症状 ()								

初めて 37.0℃以上になった日時

/ AM PM 時 分 体温 ℃

その後の熱の経過

上記、症状で服用した薬がありましたらご記入ください

今までにかかった病気、現在他の病院や診療所で治療中の病気がある方はご記入ください

現在定期的に内服している薬があれば、ご記入ください

お薬手帳持参 有 無

薬の副作用や食べ物で、アレルギーが出たことがある方はご記入ください

薬・食べ物 () 症状 ()

嗜好品について

喫煙 しない/する (本/日 歳から) / 禁煙した (年 月から)

★2 枚目の記入もお願いします★

市販のコロナ抗原キットでの検査の有無

有 無

有の場合 (キットを持参していますか 有 無) 検査結果 陽性 陰性

検査した日時 / 検査時間 時頃

検体採取種類 (唾液 鼻腔) (研究用 医療用 不明)

5 日以内に周りにコロナやインフルエンザの陽性者はいましたか
また、職場、家族、友人などご自身の周りで体調不良の方はいますか

いる いない

いる 場合 詳しく記入してください

(例 職場に 5 人コロナ陽性者ありと 7 月 25 日連絡あり。濃厚接触者かは不明)

以前コロナ陽性になったことがありますか

はい (いつ) いいえ

5 日以内に県外移動、同居家族以外との会食、イベント参加はありましたか

有 無

有の場合、詳しく記入してください (例 友人家族とトータル 15 人と成田市内でバーベキューをした)

月 日

コロナワクチンの接種歴

有 無

有の場合 最終回数と接種日時と製造会社を記入してください

回目 年 月 日 ファイザー モデルナ その他 ()

女性の方は必ず記入してください

妊娠中ですか? はい (週目) / いいえ 授乳中ですか? はい/いいえ

月経 順調/不順 最終月経 (/ ~ /) 閉経年齢 () 歳

看護師記入欄

来院時体温 °C

SP02 %

インフル・コロナ診断の家族の場合、診断された病院 ()

同時にコロナ検査の (有・無) インフル検査の (有・無)

外国籍の方は国籍 携帯ない場合の連絡先の確認