

問 診 票

ふりがな

氏 名 _____ 男 ・ 女

生年月日 T ・ S ・ H ・ R 年 月 日
年齢 歳 体重 Kg(中学生以下)

〒 _____
住 所 _____

電話番号 _____ 携帯電話 _____

今までの大きな病気: なし ・ あり ()
現在治療中の病気: なし ・ あり ()
薬剤アレルギー : なし ・ あり ()
現在服用中の薬 : なし ・ あり
現在妊娠 : していない ・ している ヶ月 授乳 : していない ・ している ヶ月
喫 煙 : なし ・ あり

来院時の熱 度

37℃以上の熱はありましたか? はい ・ いいえ
いつからですか 月 日 午前 時 ・ 午後 時

3日前からの家での熱を記入してください。

/ °C / °C / °C

※現在ある症状に○をしてください

のどの痛み ・ せき ・ たん ・ 鼻水 ・ 頭痛 ・ だるさ
腹痛 ・ はきけ ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ 便秘 ・ 胃痛
その他の症状()

その症状はいつから 月 日 時頃から

自宅でのコロナ検査 ・ した (月 日 時ころ 結果 + -)
・ していない

インフルエンザ感染者との接触 なし ・ あり 月 日
コロナ感染者との接触 なし ・ あり 月 日