

問 診 票 (風邪症状のある方用)

記入日 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日
名 前			大・昭・平・令 年 月 日 歳
住 所	〒		
電話番号	自宅	携帯電話	本日の体温 °C

この問診票は、風邪様症状のある方、発熱のある方用の問診票です。 身長 cm 体重 Kg

体調の異常を感じたのはいつからですか？ 月 日から

発熱はありましたか？ ある ない ある方は、最高 °C (月 日)

現在、下記のような症状はありますか？

- 咽頭痛がある 咳が出る 痰が出る 下痢している 吐き気がある 頭痛がある 発熱がある
倦怠感がある 鼻水が出る その他 ()

当院では、鼻咽頭ぬぐい液採取によるコロナ抗原およびインフルエンザの同時検査を行っております。

(PCR 検査ではありません。また、溶連菌感染のチェックは行っておりません。)

コロナ抗原およびインフルエンザの検査を希望しますか？

- はい、希望します。 いいえ、希望しません。

新型コロナウイルスのワクチンを何回接種しましたか？あるいはしていませんか？(回数は概ねで結構です。)

- 接種していない 接種した (回、最終 年 月頃)

インフルエンザウイルスのワクチンを接種しましたか？ 接種した方はいつ頃ですか？

- 接種していない 接種した (年 月頃)

現在、特に辛い症状は何ですか？ その他、特に検査したい事、治療したい事がありましたら、記入してください。

現在加療している疾患、過去に患った大きな疾患、現在内服中の薬剤があれば記載してください。

- なし 高血圧 糖尿病 脂質異常症 心臓病 不整脈 喘息 脳卒中 腎臓病 肝臓病
緑内障 癌(部位) その他 ()
内服薬 ()

食べ物や薬・注射のアレルギーはありますか？ ありましたら、どんな症状が出ますか？

- なし あり ()

※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？

- いいえ はい (妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中)