

# 問診表

NO,

R 年 月 日 体温 車ナンバー  
 受診方法 徒歩・タクシー・自転車・車 車種  
 ID 色  
 名前 男・女  
 生年月日 年齢 才  
 住所  
 自宅 携帯番号  
 職業 無 サービス 会社員 公務員 医療・介護 土木建築 自営 学生

当院への受診歴 有・無

受診動機

症状 いつ頃から (今日, 昨日, 2日前, / 頃)

新型コロナが心配

はい・いいえ

症状

発熱

無・有

咳

無・有

鼻水

無・有

痰

無・有

咽頭痛

無・有

息苦しさ

無・有

全身倦怠感

無・有

※しんどさ(ベッドに横になりたい) はい・いいえ

頭痛

無・有

嘔気

無・有

嘔吐

無・有

下痢

無・有

結膜炎

無・有

嗅覚異常

無・有

味覚異常

無・有

関節痛

無・有

流行っている地域・

場所への行動歴

有・無

PCR希望

有・無・相談

インフルエンザが心配

はい・いいえ

インフルエンザ予防接種

済み・未

※周囲に同様症状の方

いない・いる

花粉症 有・無

※基礎疾患

無・有

糖尿病・心不全・呼吸器疾患・腎障害・透析・高血圧

アレルギー・その他

内服 有・無

目のかゆみ 有・無

くしゃみ 有・無

現在服用している薬がありますか? はい・いいえ

薬品名

お薬手帳 有・無

薬で副作用(気分不良・湿疹など)がでたことがありますか? はい・いいえ

(女性の方へ) 現在、妊娠または授乳中ですか? はい・いいえ