

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

流行っている地域・

咳 無 ・ 有

場所への行動歴

鼻水 無 ・ 有

有 ・ 無

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

PCR希望

有 ・ 無 ・ 相談

コロナ ワクチン接種

済み ・ 未

ファイザー・モデルナ

※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

内服 有 ・ 無

糖尿病・心不全・呼吸器疾患・腎障害・透析・高血圧

目のかゆみ 有 ・ 無

アレルギー・その他

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