

# 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・バイク・車 車種

ID 保険証 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)

症状 発熱 無・有 (最高 °C)

※

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

腹部症状

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

※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

コロナ ワクチン接種

済み・未

( 回目)

ファイザー・モデルナ

検査希望

PCR / 抗原検査

有・無・相談

同居家族

( 人暮らし)

※周囲に同様症状の方

いる・いない

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

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