

## 発熱・呼吸器症状に対する問診票

記入漏れがないようにお願い致します

来院日 年 月 日 午前・午後

ふりがな			性別	(西暦 年) 大正・昭和・平成・令和																		
氏名			男・女	年	月	日生( )歳																
住所	〒 -																					
携帯電話 固定電話			家族連絡先	名前 TEL	続柄:																	
検査希望		有・無																				
抗原キット検査をしましたか?	コロナ(未・済) 実施日 月 日 (陽性・陰性) インフル(未・済) 実施日 月 日 (陽性・陰性)																					
<b>① ご自身の症状が該当する場合はチェックをして下さい。(過去10日以内)</b>																						
来院時の熱 _____ °C <b>症状が発生した日:</b> 月    日																						
<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> のどが痛い <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢症状 <input type="checkbox"/> においがわかりにくい <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 味に違和感がある・味がわからない <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 無症状																						
<b>② 周りに感冒症状・新型コロナ感染症の方がいますか?</b>																						
<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる <table border="0"> <tr> <td rowspan="3" style="vertical-align: middle; text-align: right;">→</td> <td><input type="checkbox"/> 新型コロナ感染症</td> <td>誰ですか( )</td> <td>PCR・抗原陽性日</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> インフルエンザ</td> <td>誰ですか( )</td> <td>いつから</td> <td>月</td> <td>日 (A・B)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 感冒</td> <td>誰ですか( )</td> <td>いつから</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> </table>							→	<input type="checkbox"/> 新型コロナ感染症	誰ですか( )	PCR・抗原陽性日	月	日	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	誰ですか( )	いつから	月	日 (A・B)	<input type="checkbox"/> 感冒	誰ですか( )	いつから	月	日
→	<input type="checkbox"/> 新型コロナ感染症	誰ですか( )	PCR・抗原陽性日	月	日																	
	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	誰ですか( )	いつから	月	日 (A・B)																	
	<input type="checkbox"/> 感冒	誰ですか( )	いつから	月	日																	
<b>③ 現在、他院で治療中の病気や服用中のお薬はありますか? お薬手帳( 有・無 )</b>																						
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )																						
<b>④ たばこは吸いますか?</b> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 禁煙した																						
<b>⑤ これまでに食べ物やお薬でアレルギーが起きたことはありますか?</b>																						
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (食品または薬名: ) (症状: )																						
<b>⑥ 女性の方のみご記入ください</b>																						
現在妊娠中ですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中																						