

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	
			身長 (cm) 体重 (kg)	
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 ）

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）

来院時の熱 ℃ **症状が発生した日：** 月 日

- ☐ 発熱 ☐ 咳 ☐ 鼻水 ☐ のどが痛い ☐ だるい ☐ 頭痛 ☐ 嘔吐
☐ 下痢症状 ☐ においがわかりにくい ☐ 息苦しい ☐ 味に違和感がある・味がわからない
☐ その他（) ☐ 無症状

② 周りに感冒症状・新型コロナウイルス感染症の方がいますか？

- ☐ いない
- ☐ いる
- ☐ 新型コロナウイルス感染症 誰ですか () PCR・抗原陽性日 月 日
- ☐ インフルエンザ 誰ですか () いつから 月 日 (A・B)
- ☐ 感冒 誰ですか () いつから 月 日

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 ）

- ☐ なし ☐ あり ()

④ たばこは吸いますか？ ☐ はい ☐ いいえ ☐ 禁煙した

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？

- ☐ ない
- ☐ ある（食品または薬名： ）（症状： ）

⑥ 女性の方のみご記入ください

現在妊娠中ですか？ ☐ はい ☐ いいえ ☐ 妊娠の可能性あり ☐ 授乳中