

問診票

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

BT:

P:

SpO2:

BW:

フリガナ _____ 男

氏名 _____ 女 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (才)

住所 〒 _____

電話番号 自宅 _____

車のナンバー

携帯 _____

下記について当てはまるものに○印をつけ、必要事項をご記入ください。

☆ いつからどのような症状がありますか？

_____ 月 _____ 日から

症状

発熱(_____ 度) せき のどの痛み たん 鼻水 倦怠感 頭痛
腹痛 吐き気 嘔吐 下痢 臭い・味がわかりにくい めまい
その他 [_____]

☆ 身近に新型コロナウイルス感染者や濃厚接触者の方はいますか？ はい いいえ

☆ 治療中の病気や内服中の薬はありますか？

病気

高血圧 糖尿病 脂質異常症 心臓疾患 呼吸疾患 脳疾患 腎臓疾患
がん 抗がん剤治療 免疫抑制治療 その他(_____)

薬剤名 *お薬手帳をお持ちの方はご提示ください

(_____)

☆ アレルギーはありますか？ はい いいえ

薬(_____) 食べ物(_____) その他(_____)

☆ タバコを吸いますか？ はい いいえ

☆ 女性の方にお聞きします。現在、妊娠していますか？ はい いいえ