

問 診 票

日付 (年 月 日)

診察券 ID () 氏 名 () 性 別 (男・女)

生年月日 (年 月 日) 年 齢 () 歳

身 長 () cm 体 重 () Kg 来院直前の体 温 () °C

①来院されるきっかけとなった症状に□チェックをつけて書いてください

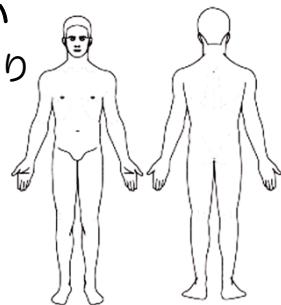
発熱 (いつから) (最も高い熱) °C 解熱剤の服用 なし あり

咳 (いつから) 喉の痛み (いつから)

痰 (いつから) 鼻水 (いつから)

体のだるさ (いつから) 息切れ・呼吸困難 (いつから)

胃腸症状 (いつから) その他の症状 (いつから どのような)



②治療や検査などでご希望がありましたらご記入ください

部位を○で記入

()

③海外渡航歴 (過去 1 ヶ月以内) なし あり (国名 :)

④県外への移動 なし あり (場所 :)

⑤会食の有無 なし あり (いつ) (誰と 人数)

⑥体調不良や新型ウイルス感染の疑いのある方との接触 なし あり (いつ)

⑦コロナワクチン接種 (前回いつ) インフルエンザワクチン昨年接種 なし あり