

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

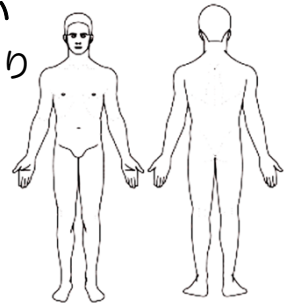
発 熱 (いつから) (最も高い熱) °C 解 熱 剤 の 服 用 な し あ り

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体調不良や新型コロナ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