

問診票

令和 年 月 日

患者 ID : _____

氏名 _____

生年月日 : S・H・R 年 月 日

住所 : _____

電話番号 : _____

新型コロナウイルス感染者の方と一緒にいたことがありますか？ はい ・ いいえ

2週間以内に海外に行きましたか？ はい（渡航先 : _____） ・ いいえ

2週間以内に発熱や咳などの症状のある人と一緒にいたことがありますか？ はい ・ いいえ

以下の症状がありますか？ある場合、○印をつけてください。

現在の体温 : _____ °C

日前から最大 _____ °C)

発熱（ある場合、いつからあるかご記入ください）

息苦しさ 強いだるさ（倦怠感） のどの痛み 臭いが分かりにくい 鼻水

味が分かりにくい 咳 痰 吐き気・嘔吐 下痢 頭痛 筋肉痛 発疹

その他の症状があればご記入ください（ _____ ）

今までにかかった病気などがありますか？ ・ある ・ない

いつ頃 : (_____) 病名 : (_____)

現在内服している薬はありますか？ ・ある ・ない

薬の名前 : (_____)

アレルギーはありますか？ ・ある ・ない

ある場合、それはどのようなアレルギーですか？ (_____)

女性の方へ

妊娠している可能性はありますか？ ・いいえ ・はい

現在、授乳中ですか？ ・いいえ ・はい

飲酒、喫煙について

飲酒 毎日飲む 機会があれば飲む まったく飲まない(飲めない)

1日にビール 日本酒 焼酎 ウイスキー] を [_____ ml]

喫煙 吸う 1日に [_____ 本] を [_____ 本] から

吸わない 以前吸っていた [_____ 年間・1日 _____ 本]

COVID-19 のワクチン接種状況について ・接種済 ・未接種

接種済みの場合、以下もご記入ください。

製造会社 : ・ファイザー ・モデルナ ・アストラゼネカ

1回目 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 2回目 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 ・未