

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

はいの場合、それはいつ頃ですか? _____ 日前ころ

陽性であった方との関係をご記入ください (例: 会社の同僚) _____

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

以下の症状がいつからありますか? ある場合、○印をつけてください。

_____ 日前から 現在の体温: _____ °C
発熱 (ある場合、いつからあるかご記入ください。 _____ 日前から最大 _____ °C)

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

3回目: _____ 年 _____ 月 _____ 日