

# 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。

最初の症状: \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃から: 必ず記入してください。 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 ・ノババックス ・その他

1回目: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 2回目: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

3回目: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 4回目: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日