

👤 かせ患者様用 問診票 👤

日付: _____

ID: _____

フリガナ _____

お名前 _____ 来院時の体温 _____ °C

※連絡先は必ずご記入下さい。

👤 生年月日 : S・H・R 年 月 日 年齢 : 歳 性別 : 男・女
🏠 住所 : 〒 -
☎ (携帯電話) :

◆ 発熱はいつからですか? _____ 月 _____ 日 ~ _____ 最高の熱は _____ 月 _____ 日 _____ °C

◆ 以下の症状があれば○をご記入下さい

呼吸器症状 → 咳・たん・息切れ・息苦しさ
鼻、のど → 鼻水・鼻づまり・くしゃみ・のどの痛み
消化器症状 → 下痢・腹痛・吐き気
その他 → 頭痛・寒気・だるさ・関節筋肉痛・味覚嗅覚障害
上記ではない症状があればご記入下さい →

◆ 現在、当院以外で通院中の病気はありますか?

ない・ある [_____]

◆ 現在内服中の薬はありますか? ありましたらお薬手帳をご提出ください。

ない・ある [_____]

◆ 薬や食べ物のアレルギーはありますか?

ない・ある [_____]

◆ 女性の方へ。現在、授乳中・妊娠中または可能性はありますか?

ない・ある [_____]

◆ コロナの検査を希望しますか? しない・する

◆ お車で来院の方、下記ご記入ください。

① 車種: _____ ②色: _____ ③ナンバー: _____

◆ コロナワクチン接種回数は何回ですか? _____ 回

◆ (10~3月)インフルエンザワクチン接種はしていますか? _____ いいえ・はい