問診票

お名前（ふりがな）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　男・女

生年月日　T/S/H ＿＿＿＿年＿＿月＿＿＿＿日　　年齢＿＿＿＿歳

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

体温　＿＿＿＿℃

新型コロナ感染リスクについて

①2、3 日前から 37.5 度以上の熱や咳の症状はありますか？　　はい・いいえ

②新型コロナウィルスに感染した方と濃厚接触がありましたか。　　はい・いいえ

③最近感染者が多発した施設あるいはイベントに行きましたか？　　はい・いいえ

１．本日受診された理由をおたずねします。

熱・鼻水・鼻づまり・のどいた・咳・痰・くしゃみ・頭痛・

嘔吐・嘔気・下痢・腹痛・めやに・目のかゆみ・湿疹・虫ささされ

便秘・食欲不振・倦怠感・悪寒

その他（　　）

その症状は、いつからですか？（　　）

２．希望すること

検査・吸引・吸入・点滴・診断書

薬　（粉薬・シロップ・錠剤・カプセル・座薬・塗り薬）

希望するもの（　　）

３．現在通院中の病気・服薬中の薬はありますか？　なし

あり→（気管支喘息・不整脈・肝炎・糖尿病・高血圧・狭心症）

その他→（　　）

４．女性の方におたずねします　現在妊娠中・授乳中ですか？

いいえ・妊娠中（出産予定日　　年　　月　　日）・授乳中

５．薬のアレルギーはありますか？　　なし・あり（　　）

６．食べ物のアレルギーはありますか？なし・あり（　　）

７．飲酒　飲まない・飲む

喫煙　吸わない・吸ったことがある・吸う（１日　　本）