

15歳(高校生)以上の方の問診票

来院時の熱

℃

ふりがな	生年月日	昭・平・令	年	月	日
氏名	男・女	身長	cm、	体重	kg
住所 〒	連絡取れる☎				
	職種又は学校名 ()				
※車で待機される方:車の色() 車の車種()ナンバー4桁()					
駐車場所 : 表・裏					

☆ 周りにコロナ患者いる(はい・いいえ)濃厚接触者である(はい・いいえ)
家族や職場に発熱された方、体調不良の方がいますか?(はい・いいえ)
以前、コロナ感染した歴がある はい(R 年 月頃)・ いいえ
最近コロナ検査をした はい(R 年 月 日)・ いいえ
コロナ検査希望 (有・無) コロナワクチン 済(回)・ 未
インフルエンザ検査希望(有・無) 周りのインフルの流行(有・無)

① 症状にあてはまる箇所を○で囲んで下さい。

1. 発熱(°C) 月 日～	8. 味覚異常 月 日～
2. 咳 月 日～	9. 臭覚異常 月 日～
3. 痰 月 日～	10. 頭痛 月 日～
4. 鼻水 月 日～	11. 関節痛 月 日～
5. のどの痛み 月 日～	12. 下痢 月 日～
6. 息苦しさ 月 日～	13. 吐き気 月 日～
7. 強いだるさ(倦怠感) 月 日～	14. 嘔吐 月 日～
16. その他()	

② 現在治療中の病気はありますか? 有・無

↳有の方 病院名()
病名()

③ 現在、服用中の薬 無・有()

④ 薬、食物などのアレルギーはありますか? 有・無

↳有の方 アレルギー内容()

⑤ 女性の方へ 妊娠中 はい・ いいえ 授乳中 はい・ いいえ