

15歳(高校生)以上の方の問診票

直近の熱

℃

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 () 車種 () ナンバー4桁 ()				
駐車場所 : 表 ・ 裏				

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)
コロナ・インフル検査等を最近うけましたか? (R 年 月 日)結果 ➡ 陽性・陰性 : いいえ
周りのコロナの流行 (無 ・ 有) コロナ検査希望 (有 ・ 無 ・ 相談)
周りのインフルの流行 (無 ・ 有) インフル検査希望 (有 ・ 無 ・ 相談)

<input type="checkbox"/> 発熱 (℃) 月 日～	<input type="checkbox"/> 強いだるさ(倦怠感) 月 日～
<input type="checkbox"/> 咳 月 日～	<input type="checkbox"/> 味覚・臭覚異常 月 日～
<input type="checkbox"/> 痰 月 日～	<input type="checkbox"/> 頭痛 月 日～
<input type="checkbox"/> 鼻水 月 日～	<input type="checkbox"/> 関節痛 月 日～
<input type="checkbox"/> 鼻閉 月 日～	<input type="checkbox"/> 下痢 月 日～
<input type="checkbox"/> 喉の痛み 月 日～	<input type="checkbox"/> 吐き気 月 日～
<input type="checkbox"/> 息苦しさ 月 日～	<input type="checkbox"/> 嘔吐 月 日～
<input type="checkbox"/> その他 ()	

- ① 現在治療中の病気はありますか? 有 ・ 無
↳ 有の方 病院名()
病名()
- ② 現在、服用中の薬はありますか? 無 ・ 有()
- ③ 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()
- ④ 女性の方へ 妊娠中 (はい ・ いいえ) 授乳中 (はい ・ いいえ)

なお、ご記入いただいた個人情報は、診察行為に関してのみ使用いたします。
事前に患者様の同意なく第三者に開示、情報の漏洩をすることはありません。



同意します
同意しません