

かぜ患者様用問診票

【 年 月 日】

スタッフメモ

(車ナンバー: 色:)

ふりがな		生年月日	大正・昭和	年 月
氏名	(男・女)		平成・令和	日 年齢: () 歳
住所	〒	電話	① ②	

- 1週間以内に県外へ行ったり、県外へ行った方と接触されていないですか? (ある ・ ない)
- 周囲にコロナウイルスにかかった方はいますか? (いる ・ いない)
- いつごろから体調が悪いですか? 月 日 午前 ・ 午後 時頃から
- 下記の症状があるものに○、とくに症状が辛いものに◎を記入してください。

記号		記号		記号		記号	
	咳		のどの痛み		寒気		はきけ
	たん		頭痛		息苦しさ		嘔吐
	鼻水		関節痛・筋肉痛		味覚の異常		下痢
	鼻づまり		だるさ				腹痛

その他の症状 ()

5. 発熱はありましたか? (ない ・ あった) 月 日 時頃から
6. 一番高かった熱は何度ですか? (°C) 月 日 時頃
7. 現在、他の病院へ通院されていますか? (はい ・ いいえ)
(診断名・症状 :)
(病院名・診療科 :)
8. 現在、服用中のお薬はありますか? (ある ・ ない)
(薬品名 :)
9. お薬や食物でアレルギー(発疹、気分が悪くなるなど)はありますか? (ある ・ ない)
ある場合 → 薬・食物の名前: 症状:
10. 女性の方へ 現在、授乳中、妊娠中、または妊娠の可能性はありますか? (ある ・ ない)
11. たばこは吸われますか? (吸わない ・ 吸う) → 1日平均 () 本くらい
12. 新型コロナウイルス検査は (PCR検査 ・ 抗原検査) を希望する・希望しない・医師と相談
13. コロナワクチンの接種: () 回、直近のワクチン: (ファイザー ・ モデルナ ・ その他)
14. その他に御相談、ご希望があれば記入してください。