感冒問診票

体温（　　℃）

ふりがな
氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　性別　男・女

生年月日　　年　　月　　日

〒　　－　　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話　　－　　－

・症状を下記からお選びください
□せき　□のどの痛み　□痰がある　□だるさ　□下痢
□鼻水　□息苦しい　□頭痛　□腹痛　□関節の痛み

・症状はいつからでしょうか？　（　　）

・身近な方で同じ症状の方はいらっしゃいますか？　（はい　いいえ）

・新型コロナウイルス感染症の濃厚接触者に該当しますか？　（はい　いいえ）

・ここ1ヶ月間で渡航歴はありますか？　（はい　いいえ）

・喘息やアレルギー性鼻炎はありますか？　（はい　いいえ）

・高血圧症、糖尿病等いま治療中のお病気はありますか？　（はい　いいえ）

→はいの場合はこちらにご記入ください。（　　）

・持病はありますか？（手術歴も含む）　（はい　いいえ）
→はいの場合はこちらにご記入ください。（　　）

・服用している薬はありますか？　（はい　いいえ）
→はいの場合はこちらにご記入ください。（　　）

・お薬や食べ物のアレルギーはありますか？　（はい　いいえ）

→はいの場合はこちらにご記入ください。　お薬（　　）

食べ物（　　）

・妊娠中・授乳中ですか？　（はい　いいえ）

・喫煙はされてますか？　（はい　いいえ）
→はいの場合はこちらにご記入ください。（　　歳から　　本／日）

・飲酒はされてますか？　（はい　いいえ）

→はいの場合はこちらにご記入ください。

（週　　日）（1日　　mℓ）　□ビール　□焼酎　□ワイン　□その他

※コロナの検査で陽性の判定の方はオンライン診療のみでの対応とさせて頂いております。予めスタッフにお伝えください