

ID : _____

感冒問診票

令和 年 月 日

体温 (°C)

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 嘔吐
鼻水 息苦しい 頭痛 腹痛 関節の痛み その他 ()

・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。()

・妊娠中・授乳中ですか? ※女性の方のみ (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

・当院をどこで知りましたか? (複数回答可)

- ホームページを見て Google検索 (Epark 東京ドクターズ ドクターズファイル) 家族・知人の紹介 他院から紹介 (病院名)

・当院を選んだ理由を教えてください (複数回答可)

- 近いから クチコミを見て 女性医師がいるから 土曜日診察があるから
専門医がいるから その他 ()