

ID:

令和 年 月 日

感冒問診票

体温(°C)

フリガナ					性別	男 ・ 女
お名前					年齢	歳
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日				電話	
住所	〒				携帯	
身長	cm	体重	kg			

・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。()

・お薬や食べ物など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)

・飲酒はされていますか？ (はい・いいえ)

→はいの場合はこちらにご記入ください。

(調 目)(1目 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)

☐クリニックの看板を見て ☐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()