

問診票



ふりがな

名前



生年月日 (歳) 男 ・ 女

住所：

携帯番号：

体温 _____℃

現在の体重(薬の量の関係)

_____ k g

粉薬 錠剤 (苦手な方にチェックして下さい。)

①、下記の症状で該当するものにチェックして下さい。(症状はいつごろですか?)

37℃以上発熱(日前～) 咳(日前～) 鼻水(日前～) 痰出る(日前～)

喉痛い(日前～) 頭痛(日前～) 嘔吐(日前～) 下痢(日前～)

味覚嗅覚異常(日前～) 倦怠感(日前～) 息苦しい(日前～)

その他(症状詳しく記入して下さい。)

②、同居の方、ご本人様も含め2週間以内に国外、県外、市外へ移動・接触は？

はい ・ いいえ

どなたが、どちらへ

③、1週間以内に同居の方で体調不良の方はいますか？

はい ・ いいえ

どなたが、症状

④、他の病院で薬貰っていますか？(例 ムコダイン、アスピリン1日分 等 詳しく記入して下さい。)

⑤、医師へ相談したいこと

⑥、コロナワクチン接種しましたか？

はい ・ いいえ

(2回目いつ接種しましたか？ 年 月 日)

車種(色)：

ナンバー：



記入が済みましたら当院までお持ち下さい。

