

# 問 診 票

お名前

当院 ID

年 月 日

1. 以下の症状であてはまるものにチェック (☑) ないし記載してください (複数選択可)。

- 発熱 (最高 °C) 咳 のどが痛い、いがいが 痰 鼻水 息苦しい 体がだるい  
関節や筋肉が痛い 頭痛 吐き気 嘔吐 下痢 においがわからない 味がしない  
コロナ陽性者と接触があった→いつ:                      どんなふうに:                      )  
その他 (具体的に:                      )

2. いつから症状がありますか?

発熱 月 日から 月 日まで (または今も熱あり)

解熱剤は 使った 使わず (薬の名前がわかれば:                      ) 発熱以外の症状は 月 日から

コロナの検査を希望しますか? はい いいえ

3. ご職業にチェック (☑) ないし記載してください。勤務地もご記入してください。(                      )

- 会社員 公務員 自営業 サービス業 医療/福祉関係 専業主婦(夫) パート  
アルバイト 学生 (学校名                      ) その他 (                      )

4. 日常生活で以下のような行動がありましたか? (複数選択可)

- 他人と 1 m 以内の距離で 15 分以上マスクなしで会話した 食事会をした  
手指衛生をせずに顔や口、鼻、目を触った 該当なし

5. 治療中の病気はありますか? 以下の病名にチェック (☑) ないし記載してください。

- なし 悪性腫瘍 慢性閉塞性肺疾患 (COPD) 慢性腎臓病 高血圧 糖尿病 脂質異常症  
肥満 (BMI30 以上) 喫煙歴 (                      本/日を                      年) その他 (                      )  
抗がん剤使用中 免疫抑制剤使用中

6. 女性の方のみ。妊娠していますか? はい (                      ) 週 いいえ 可能性あり

7. 新型コロナウイルスワクチン接種歴について

- 1 回目ワクチンの種類 (ファイザー/モデルナ/アストラゼネカ/不明) (R 年 月 日接種)  
2 回目ワクチンの種類 (ファイザー/モデルナ/アストラゼネカ/不明) (R 年 月 日接種)  
3 回目ワクチンの種類 (ファイザー/モデルナ/アストラゼネカ/不明) (R 年 月 日接種)  
接種なし

8. 現在、お薬を服用していますか? はい いいえ (お薬手帳をお持ちの方はお渡し下さい)

分かる範囲でお書きください。(                      )

お薬でアレルギーはありますか? あればご記入ください。(                      )

9. 未成年の方のみ。保護者の方の氏名 (                      ) 連絡先 (                      )

別居の場合は保護者の方の住所 (                      )

10. 本日はどのように来院されましたか? ご家族様と来院されましたか?

- 徒歩 車 車種 (                      ) ナンバー (                      ) 色 (                      ) その他 (                      )  
本人のみ 父 母 祖父 祖母 夫 妻 その他 (                      )