

問診票(発熱・風邪症状の方)

◆の箇所はクリニックが記入します。

記入日: 年 月 日

◆ ID			
ふりがな 氏名	生年月日	年	月 日
	年齢		
携帯電話	(本人・家族) ※電話をするので必ず記入してください	性別	男 ・ 女
※初めて、お久しぶりの方は 〇〇〇 の箇所も記入お願いします			
住所	〒		
禁忌	妊娠	なし ・ あり ・ 授乳中	
既往			
来院方法	自家用車:色() ナンバー() ・ それ以外()		
経過	いつから	月 日	現在の体温 °C 鎮痛剤使用 <input type="checkbox"/>
		最高	°C(いつ)
症状	発熱 (なし・あり)	頭痛 (なし・あり)	
	のどの痛み (なし・あり)	体のだるさ (なし・あり)	
	咳・痰 (なし・あり)	下痢 (なし・あり)	
	鼻水 (なし・あり)	吐き気・嘔吐 (なし・あり)	
	寒気 (なし・あり)	その他 ()	
接触歴	新型コロナウイルス感染者と接触しましたか なし ・ あり() 濃		
同症状の方	いない ・ いる (具体的に:)		
今回の症状での 他院受診歴	なし ・ あり ()		
コロナワクチン	接種済(1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 4回目) ・ 未接種		
	新型コロナウイルスにかかったことがありますか ない ・ ある		
◆クリニック記入◆			
検査(車・外待合): コロナ ・ インフルエンザ ・ コロナ+インフルエンザ			
フリー ・ 予診室 ・ レントゲン室			
		保険証 ・ 薬手帳	
会計(本・後)(車・予・レ)		薬(ジェ・先)	