

記入後991-6001までお電話ください

# かぜ症状問診票 (診察申込書)

年 月 日記入

ふりがな				男・女	来院確認	※再来の方のみ
氏名					初来 ・ 再来	ID
住所	(〒 - )					
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和		年齢	携帯 電話番号	症状聞き取りにお電話します	
	年	月	日			
来院方法	徒歩など ・ 車		車の方	色	ナンバー	

◆身長 ( ) cm ・ 体重 ( ) kg

◆アレルギーはありますか?  ない ・  ある → (原因: )

◆アルコール  飲まない ・  飲む →  ビール 本/日 ・  日本酒 合/日

◆タバコ  吸わない ・  やめた ・  吸っている → (  本/日 ・  喫煙歴 年)

◆女性の方:  妊娠中、あるいは妊娠の可能性 →  なし・あり ( ) 週  授乳中:  なし ・  あり

◆15歳以下の方 薬形状の希望:  水薬 ・  錠剤

◆自宅で検査しましたか?  いいえ ・  はい → いつ: 月 日 / 結果:  陰性 ・  陽性

◆症状の確認

発熱 (37.0度以上) はありますか? →  ない

ある 最高体温 ( ) 度

あった 熱の期間 日~ 日まで

解熱剤を服しましたか? →  いいえ ・  はい → 時 分ごろ

喉が痛い ( 月 日~) ・ のどの不快感 ( 月 日~) ・ 咳 ( 月 日~) ・ 痰 ( 月 日~)

鼻水 鼻づまり 寒気 息苦しい 体がだるい 関節痛 頭痛 胸痛 腹痛 下痢 吐き気 嘔吐

味覚障害・嗅覚障害 その他 ( )

◆コロナ感染者との接触  ない ・  ある → 関係: 家族・その他 ( ) いつ: /

◆インフルエンザ感染者との接触  ない ・  ある → 関係: 家族・その他 ( ) いつ: /

◆現在治療中の病気はありますか?  ない ・  ある → 高血圧症・糖尿病・高脂血症・不整脈・喘息・腎臓病・がん・抗がん剤

免疫抑制剤・その他 ( )

◆現在、服用中のお薬はありますか?  ない ・  ある → 薬名※ ( )

↑お薬手帳必要 ※お薬手帳がある方は、記入不要

◆コロナワクチン接種  ない ・  ある → ( ) 回接種済

◆今まで、コロナに感染したことはありますか?  ない ・  ある ( ) 回 最終感染日: 年 月 日

◆今年インフルエンザ感染しましたか?  ない ・  ある 感染日: 月 日 ・ 今年ワクチン接種: 未 ・ 済