

事前に電話申込みした方用
記入後991-6001までお電話ください

予約番号 ()

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	

かぜ症状の方は、院内での診察は出来ません。お車か院外の椅子での対応となります。
かぜ症状外来だけでなく、通常の診療もしておりますので、受付・診察・会計までお時間がかかります。
陰性の方について：会計計算ができましたら、お電話致します。院内までお越しください。
クレジットカードは使用できません。

◆自宅で検査しましたか？ いいえ ・ はい →

◆症状の確認 発熱 (37.5度以上) は有りますか？ ない ・ ある ・ あった (今は下がった)

発熱 (37.5度以上) がある方・あった方 →

いつ： 月 日 / 結果： 陰性 ・ 陽性
最高体温 () 度
熱の期間 日～ 日 まで
いつからいつまで 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※ ()

忘れた ↑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・最終接種月 () 年 () 月

◆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

◆身長 () cm ・ 体重 () kg ◆15歳以下の方 薬形状の希望： 水薬 ・ 錠剤

◆アレルギーは有りますか？ 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