

ふりがな

お名前

性別 男・女

生年月日 大正・昭和・平成・令和

年月日 (才)

〒 - 住所

携帯番号

車のナンバー

患者様に安心安全な医療を提供するため、以下の問診票を記入していただいています。
お手数ですが、感染拡大防止のため、ご理解・ご協力をお願いします。

①	2週間以内に風邪や37.5℃以上の発熱がある人と接触しましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
②	2週間以内に新型コロナウイルス感染症が確認された人と接触しましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	②で、はいと答えた方、どなたが、いつ陽性と判明しましたか？ ()		
③	2週間以内に海外、県外への移動がありましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
④	同居者が2週間以内に海外、県外への移動をしましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑤	新型コロナワクチンを何回接種しましたか？	回・未接種	
⑥	症状が出始めたのはいつ頃ですか？ (月 日頃から)		
⑦	薬局や市販のキットでコロナ検査しましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	⑦で、はいと答えた方		実施日 月 日
	検査種類	PCR・抗原	結果 陰性・陽性
⑧	次のような症状はありますか？ <input type="checkbox"/> 発熱(最高 ℃) <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> だるさ <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> その他()		

◆現在、治療中の病気はありますか？ なし
呼吸器疾患 心臓疾患 脳血管疾患 糖尿病 高血圧
脂質異常症 がん 透析治療中 認知症 その他()

◆内服中の薬はありますか？ あり なし お薬手帳参照
 ()

◆(女性の方)妊娠中、もしくは妊娠の可能性はありますか？ あり なし 授乳中

◆アレルギーはありますか？ あり なし
 (薬; 食べ物; その他;)

◆たばこ 吸う 吸わない やめた
 1日平均 本
 喫煙期間 (才 ~ 才)

◆お酒 飲む 時々飲む 飲まない
 何をどのくらいのみますか？()

