

問 診 票

氏名 _____ 様

1. 以下の症状で該当するものにチェックしてください(複数可)

発熱(37.0℃以上) _____ 日前から _____ 日間 最高体温 _____℃

のどが痛い せきが出る 痰がでる いき苦しい 体がだるい 頭痛

腹痛 嘔吐 下痢 鼻水 鼻づまり その他

_____ 日前から においがわからない・わかりにくい・嫌なにおいがする

_____ 日前から 味がわからない・わかりにくい・金属のような味がする

2. 以下について教えてください

身近(家族・友人・同僚など)に発熱者はいますか？

いいえ はい 具体的に(_____)

家庭、学校、会社、集会などで、コロナやインフルエンザの方との接触がありましたか？

いいえ はい 具体的に(_____)

最近、病院もしくはご自身でコロナやインフルエンザ等の検査をしましたか？

いいえ はい 具体的に(_____)

同居されている方はいますか？(本人を除く)

いいえ はい _____ 人

職業をお教えてください (_____)

身長 (_____ cm) 体重(_____ kg)

3. 治療中の病気はありますか なし あり

糖尿病 心臓 呼吸器 腎臓 免疫抑制治療

がん 抗がん剤 その他 具体的に(_____)

4. 過去1年以内に新型コロナのワクチン接種はしましたか？

はい いいえ