

問 診 票 (COVID)

年 月 日

フリガナ
患者氏名: 身長: cm 体重: kg
生年月日: (西暦) 年 月 日 (歳) 性別: 男 女
職業:

現住所: 〒

固定電話番号: (- -) 携帯電話番号: (- -)

患者さんが18歳以下の未成年の場合、保護者連絡先をご記入ください。

保護者氏名:

現住所: 〒

固定電話番号: (- -) 携帯電話番号: (- -)
※必須 ※必須

通院中の病院はありますか。 なし あり 病院名:

服用中の薬がありますか。 なし あり 薬品名:

過去に入院・手術はしましたか。 なし あり 疾患名:

薬のアレルギーはありますか。 なし あり 薬品名:

たばこは吸いますか。 なし あり

()歳から()歳まで喫煙 (本/日)

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) 現在の腋下 血中酸素濃度 °C %

発熱(37.5以上) _____日から _____日間 最高体温 _____°C

熱がでるので解熱剤で対応している _____日から _____日間

のどが痛い 鼻水が出る 鼻がつまる くしゃみが出る せきが出る

痰が出る 息苦しい 体がだるい 頭痛 吐き気

嘔吐 下痢 眼の充血 味覚障害 嗅覚障害

その他の症状 (_____)

*****次ページにも、ひき続きご記入ください*****

2. 新型コロナウイルスに感染した方と濃厚接触(のうこうせつしょく)がありましたか。

なし あり

3. 今回の症状がでる前の1か月以内に国内を移動したり海外(全地域)に行きましたか。

なし あり

4. 最新のコロナワクチン接種はいつですか。

年 月 日 ファイザー モデルナ アストラゼネカ その他

それは何回目の接種でしたか? _____回目

5. 治療中もしくは過去にかかった病気はありますか。 なし あり

- がん 呼吸器(肺) ぜんそく 腎臓病 高血圧
 糖尿病 高脂血症 肥満 心臓 抗がん剤
 免疫抑制治療 悪性腫瘍 慢性閉塞性肺疾患(COPD)
 その他 具体的に(_____)

6. 女性の方へお伺いします。妊娠中、あるいは妊娠の可能性はありますか。

なし あり

7. 授乳中ですか? いいえ はい

8. 同居の方はいますか? いいえ

はい
(記入例 夫 ○○歳、妻 △△歳、息子 □□歳)
(_____)

9. 自主検査された方は下記もご記入ください。

自主検査日 年 月 日

結果判明日 年 月 日

- 検査種類 抗原検査
 PCR検査—唾液で採取
 PCR検査—鼻から採取
 不明 (鼻から採取した)
 不明 (唾液から採取した)

ご協力頂きありがとうございました。