

発熱・風邪症状 問診票

No

全てご記入していただくようご協力をお願いいたします。

ID:

記載日： 年 月 日

職員記載欄

ふりがな 氏名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年齢 歳	担当者サイン ()
				問診時体温 ()
				SpO2 %
住所				
連絡先	携帯	-	自宅	-

*必ず携帯電話番号のご記入をお願いいたします

① 症状について

日にち (月/日)	3日前(/)	2日前(/)	昨日(/)	本日(/)
体温	℃	℃	℃	℃
症状 (当てはまるものに○を記載)	発熱・のどの痛み 咳・息苦しさ たん・鼻水 全身倦怠感 頭痛・関節痛 嗅覚/味覚異常 下痢・嘔吐	発熱・のどの痛み 咳・息苦しさ たん・鼻水 全身倦怠感 頭痛・関節痛 嗅覚/味覚異常 下痢・嘔吐	発熱・のどの痛み 咳・息苦しさ たん・鼻水 全身倦怠感 頭痛・関節痛 嗅覚/味覚異常 下痢・嘔吐	発熱・のどの痛み 咳・息苦しさ たん・鼻水 全身倦怠感 頭痛・関節痛 嗅覚/味覚異常 下痢・嘔吐
その他の症状 (自由記載)				

② 今回の症状で、他院またはご自宅等で新型コロナの検査をしましたか？

していない した (いつ / , どこで 自宅・他院・当院 , 結果 陰性・陽性)

③ 新型コロナ感染症にかかったことはありますか

なし あり (年 月 日)

④ 本日、処方を希望しますか？ 希望する しない

⑤ 緑内障 あり なし

アスピリン喘息 あり なし

前立腺肥大症(男性の方) あり なし

⑥ アレルギーはありますか なし あり ()

⑦ 現在治療中の病気 あり(以下にチェック) なし

高血圧症 糖尿病 心臓病 脳血管疾患(脳梗塞、脳出血)

肝臓病 腎臓病 透析 ぜんそく 膠原病(リウマチなど)

悪性腫瘍 その他()

⑧ 妊娠の有無(女性の方) なし あり (週目)