

新型コロナウイルス感染症対策 問診票

新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、本日の体調などを問診票に記入してください。

お名前 ()

生年月日 (大・昭・平 年 月 日)

1. 新型コロナウイルス感染症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) 月 日から 日間

解熱剤を使用している

のどが痛い せきが出る 痰がでる 息苦しい 体がだるい

最近におい・味がわかりにくい

該当する症状はない

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 () 日前

3. 最近、新型コロナウイルス感染が多発している地域に行きましたか。

なし あり 国内：県、市名 () 外国：国名 ()

4. 最近、3密(密閉空間・密集場所・密接場面)が生じる可能性がある場所に行きましたか。

なし あり

5. (発熱・風邪症状のある方・内視鏡検査希望の方へ)

新型コロナウイルス感染症の抗原検査を希望されますか。

はい いいえ 診察して決めたい

ご協力いただきありがとうございました。

ふりがな		生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
お名前				(才)	
ご住所	〒	連絡先	自宅		
			携帯		
勤務先		勤務先電話			

以下の項目について、○で囲むもしくはご記入下さい。（※スタッフ記入欄 体温 ℃、身長、体重）

■本日はどうなさいましたか。いつからなど分かる範囲で具体的にお答えください。

■上記の症状で他の病院を受診されましたか？ いいえ ・ はい ()

■今までかかった大きな病気や現在治療中の病気がありますか？

- ・なし
- ・あり → 糖尿病 ・ 高血圧症 ・ 脂質異常症 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 脳疾患(脳出血・脳梗塞)
- その他 ()
- 現在治療中： (医療機関)

■現在飲まれているお薬はありますか？

- ・なし ・あり ※お薬手帳をお持ちの方はスタッフにご提示をお願いします。

■薬や食べ物、その他のアレルギーはありますか？

- ・なし ・あり (薬： 食品： その他)

■たばこ： 吸わない ・ 過去に吸っていた ・ 現在も吸っている： 本/日 (歳 ~ 歳)

■お酒： 飲まない ・ 飲む： 毎日・週 () 回 ・ 機会飲酒 (種類と量：)

■(女性の方のみ) 妊娠の可能性： あり ・ なし ・ わからない 授乳中： はい ・ いいえ

■アンケート:(初診の方のみ) 今後のクリニック運営の参考にさせていただきますので、ご協力お願い申し上げます。
(口にチェックを入れてください。ご記入は自由です)

当院を受診されたきっかけは？ 紹介 紹介者 () インターネット・ホームページ
看板を見て 近所だから その他