

風邪症状問診票

ふりがな

氏名 _____ (男・女)

生年月日 大 昭 平 令 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 才)

住所 〒 _____

電話番号 _____

緊急連絡先 _____

① いつからどのような症状がありますか？経過を具体的に記入ください

例) 5月6日 朝から咳と喉痛

7日 頭痛 16時くらいから38.5度発熱(ロキソニン内服) 18時コロナ抗原検査したが陰性

本日 熱は37.2度にさがっているが、しんどさと咳が続く

② 1週間以内に「新型コロナウイルス」や「インフルエンザ」に感染された方との接触がありましたか

③ 何か病気で治療や内服をされていますか？ 無 有→

④ 薬剤アレルギー 無 有→

⑤ 女性の方へ 妊娠について _____ していない・はっきりしない・妊娠中(_____ 週)
授乳について _____ 無 有

⑥ 体重をご記入ください 体重 _____ kg

⑦ 来院直前に体温測定をお願いします 体温 _____ °C

その他質問など: