

問診票

1. 以下の症状で該当するものにチェックして下さい(複数可)

- 発熱(37°C以上) 日から 日間 最高体温 °C
熱が出るので解熱剤で対応している 日から 日間
のどが痛い 咳がでる 息苦しい 体がだるい

2. 新型コロナウイルスに感染した方と濃厚接触がありましたか。

- なし あり

- 感染者と同居、車内や航空機内等で2メートル以内での長い時間の
会話をした
マスクや手袋などの防護具なしで感染者の看護、介護をしていた
感染が疑われる者の気道分泌物、体液に直接接触した

性別		男	生年	昭	年	月	日	才	体重	kg
氏名		女	月	平					体温	度
住所	〒□□□□-□□□□				TEL	自宅	-	-		
						携帯	-	-		

1. 本日どのような症状で受診されましたか？ 該当する項目に☑印をつけて下さい。

耳		鼻		のど	
<input type="checkbox"/> 耳が痛い	(右、左)	<input type="checkbox"/> くしゃみ	鼻水 鼻づまりがある	<input type="checkbox"/> のどが痛い、	<input type="checkbox"/> 咳が出る
<input type="checkbox"/> 耳垂れが出る	(右、左)	<input type="checkbox"/> 鼻血がでる	(右、左)	<input type="checkbox"/> のどの違和感	
<input type="checkbox"/> 聞こえにくい	(右、左)	<input type="checkbox"/> 頭が痛い(重い)		<input type="checkbox"/> くちの中にできものがある	
<input type="checkbox"/> 耳がつまる	(右、左)	<input type="checkbox"/> ほっぺが痛い(重い)		<input type="checkbox"/> 舌が荒れている	
<input type="checkbox"/> 耳鳴りがする	(右、左)	<input type="checkbox"/> においがよくわからない		<input type="checkbox"/> 声が出ない	
<input type="checkbox"/> めまいがする	(右、左)	<input type="checkbox"/> 鼻に異物が入った(右、左)		<input type="checkbox"/> 味がわかりにくい	

その他の症状 ()

2. 上記の症状はいつ頃からですか 年 月 日頃から

3. 現在服用中のお薬 なし ある ※お薬手帳は受付でお見せ下さい
()

4. 現在治療中の病気はありますか なし ある
(病名) (病院) ()

5. 過去に治療した病気や受けた手術 なし ある
(病名) (病院) (いつ頃)

6. 薬や食物で、じんま疹がでたり、気分が悪くなったりしたことがありますか
なし ある→薬剤名 () 食物 ()

7. 飲めないタイプの薬はありますか
錠剤 カプセル 粉薬 水薬 何でも飲める

8. お子様にお尋ねします 熱性痙攣をよく起こしますか
はい いいえ

9. ジェネリックを希望されますか
はい どちらでもよい いいえ 院外処方箋を希望されますか
()

10. 女性の方へ 妊娠の可能性ありますか
いいえ はい(妊娠 ヶ月) 授乳中(1日 回) 何ヶ月(ヶ月)