患者 ID[　　]

問診票（風邪症状の方）

受診日　　年　　月　　日

フリガナ

氏　名　　（　　）歳　性別　男・女　　体温　　℃

住所　　電話番号　　－　　－

●以下の症状はありますか？

□発熱　（最高　　℃まで発熱）　□咳　□鼻水　□痰　□のどの痛み　□息苦しさ

□嗅覚・味覚異常　□下痢　□吐き気　□腹痛　□頭痛　□関節痛　□倦怠感

●その他にどのような症状がありますか？

[　　]

●症状はいつからですか？

[　　]

●2 週以内に海外渡航をしましたか？

□なし　□あり　場所［　　］時期［　　］

●周りに発熱や同様の症状の人はいますか？

□なし　□あり　家族　職場　友人　その他［　　］

●今までにかかった病気や治療中の病気があればチェックしてください

□高血圧　□糖尿病　□肝臓病　□心臓病　□喘息　□脳卒中　□結核　□緑内障　□前立腺肥大症

□がん［　　］　□HIV などの免疫異常や低下疾患　□その他［　　］

□新型コロナウイルス感染症　（　20　年　月頃　）

●現在服用中の薬はありますか？

□なし　□あり　［種類：　　］

●薬や食品でじんましんなどのアレルギー症状が出たことはありますか？

□なし　□あり　［　　］

●女性にお聞きします。現在妊娠中（あるいは可能性）ですか？　□　はい（　　週）　□　いいえ

現在授乳中ですか？　□　はい　□　いいえ