

ID

問診票

フリガナ

① 氏名 20歳未満は保護者氏名 ()

② 生年月日: 西暦 年 月 日 歳

③ 体重 kg

④ 〒 ()

住所

⑤ 連絡先 (自宅) (携帯電話)

⑥ 職業

⑦ 同居されている方の氏名、続柄を教えてください。

--

⑧ 以下の症状はありますか。

・体温 (°C) ・咳 ・全身倦怠感 ・頭痛 ・嘔気/嘔吐

・鼻汁 ・鼻閉 ・喉の痛み ・下痢 ・嗅覚 ・味覚障害

・その他 ()

症状はいつ頃からありますか。

()

⑧ 過去に新型コロナウイルスに感染しましたか。 はい ・ いいえ

はいの方 → いつですか。(20 年 月)

⑨ 現在、ご家族や周囲で新型コロナウイルス感染症と診断された方はいますか。

はい ・ いいえ

はい → どなたですか ()

⑩ 新型コロナワクチン接種回数 (回)

⑪ 最近の新型コロナワクチン接種年月日 (20 年 月)

⑫ 現在、治療中の病気はありますか

はい () ・ いいえ

⑬ 現在、お飲みの薬はありますか。

はい () ・ いいえ

⑭ 薬のアレルギーはありますか。

はい () ・ いいえ

⑮ 喫煙していますか はい ・ いいえ ・ 以前吸っていたがやめた

⑯ 女性の方

・ 現在、妊娠中又は可能性がありますか はい ・ いいえ

・ 授乳中ですか はい ・ いいえ

⑰ 小児の方 薬の形状の希望 粉薬 ・ シロップ ・ 錠剤