

風邪症状問診票

患者様ID:		記入日: 年 月 日	
ふりがな		生年月日・年齢	
患者様氏名	男・女	T・S・H・R	年 月 日 歳
ご住所 〒			
電話番号		携帯電話番号	
ご職業		体重(15歳未満の方) kg	

風邪症状について

発熱	発熱症状はいつからですか? 月 日 時ごろから °C	現在の体温 °C
	風邪薬・解熱剤の服用 有・無 薬剤名()	
その他	該当する症状に○をしてください	
	咳 息苦しい 下痢 頭痛 咽頭痛 痰 結膜炎 関節痛 倦怠感 鼻汁 嘔吐・嘔気 味覚異常 臭覚異常 その他()	
医療機関に通院されていますか? はい・いいえ (病院名)		喫煙しますか? はい・いいえ 1日()本 / 喫煙歴()年
現在治療中の病気はありますか? はい・いいえ 高血圧 糖尿病 腎疾患 内臓疾患 心疾患 肺疾患 脳疾患 癌 喘息 その他()		
現在治療中の内服はありますか? はい・いいえ 薬品名()		
お薬手帳は持参していますか? はい・いいえ		
過去に診断、治療を受けたことがありますか? はい・いいえ 高血圧 糖尿病 腎疾患 内臓疾患 心疾患 肺疾患 脳疾患 癌 喘息 その他()		
薬や食べ物でアレルギー症状(発疹、アナフィラキシーショックなど)が出たことはありますか? はい・いいえ (品名:) (症状:)		
コロナウイルス感染確定者との接触はありますか? はい・いいえ		
インフルエンザ感染確定者との接触はありますか? はい・いいえ		
抗原検査はしましたか? はい・いいえ どこでしましたか? 自宅・医療機関 それはどちらの検査ですか? コロナ・インフルエンザ		
インフルエンザ予防接種はしましたか? はい・いいえ (接種時期)		
新型コロナワクチン接種はしていますか? はい・いいえ (接種時期 / 回目)		
女性の方にお伺いします。 現在妊娠の可能性はありますか? はい・いいえ 現在授乳中ですか? はい・いいえ		

※発熱・風邪症状のある方は、医師の判断にて抗原検査をさせていただく場合がございます。