COVID19疑い症状のある方へ　　問診票

体温　　ID

以下は診察に必要な事柄ですのでご協力ください。診療は予約患者の後に行いますので、お待たせする場合があります。ご了承ください。

尚、ご記入いただいた情報は大切に保管し、診療行為のみに使用致します 。　　令和　　年　　月　　日

ふりがな		男・女	大・昭・平　　年　　月　　日生		
お名前			（　　歳）		
ご住所	〒	電話	自宅		
			携帯		

該当する症状にチェックをお願いいたします　　□ 無症状

□発熱（　　℃） □ 倦怠感　□ 咽頭痛　□ 咳　□ たん　□ 鼻水・鼻づまり

□ 息切れ　□食欲低下　□ 筋肉痛　□ 関節痛　□ 頭痛　□ 下痢

□味覚障害　□ 嗅覚障害　その他（　　）

その症状はいつからありますか？　　月　　日頃から

新型コロナウィルスワクチン接種　　□なし　　□あり　　(1回目　　月頃)

(2回目　　月頃)

過去２週間以内の外出について教えてください

不特定多数が集まる換気の悪い場所にでかけた　　□ はい　　□いいえ

過去２週間以内に新型コロナウイルス陽性の人と接触がありましたか？

接触した日：　　月　　日・接触した場所（　　）

マスク　　□あり　　□なし

接触者との関係：　□家族　□職場　□知人　□その他（　　）

過去２週間以内に保健所から新型コロナウイルス濃厚接触者と確定されましたか？

□ はい　□いいえ

現在治療中の病気、または状態はありますか？

□高血圧　□糖尿病　□肺疾患（肺気腫・肺癌）　□狭心症/心筋梗塞　□不整脈

□癌　□脳梗塞　□喘息　□妊娠中　□その他（　　）

煙草は吸いますか？

□吸わない　□吸う １日（　　）本　　やめた（　　）年前に

ご協力ありがとうございます。

この後、診療させていただきますが、検査結果によらず、症状がおさまるまでは不要不急の外出はお控えください。

大幸砂田橋クリニック