

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		
身長	cm	体重	kg		

該当する症状にチェックをお願いいたします		<input type="checkbox"/> 無症状			
<input type="checkbox"/> 発熱 (°C)	<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 咽頭痛	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> たん	<input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり
<input type="checkbox"/> 息切れ	<input type="checkbox"/> 食欲低下	<input type="checkbox"/> 筋肉痛	<input type="checkbox"/> 関節痛	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 下痢
<input type="checkbox"/> 味覚障害	<input type="checkbox"/> 嗅覚障害	その他 ()			
その症状はいつからありますか?		月	日	時頃から	
新型コロナウイルスワクチン接種					
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	ワクチン接種	()	回接種済	
		最終接種時期	年	月頃	接種
種類：ファイザー・モデルナ・その他					
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	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
接触者との関係：		<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 職場	<input type="checkbox"/> 知人	<input type="checkbox"/> その他 ()
現在治療中の病気、または状態はありますか?					
<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 肺疾患 (肺気腫・肺癌)	<input type="checkbox"/> 狭心症/心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 不整脈	
<input type="checkbox"/> 癌	<input type="checkbox"/> 脳梗塞	<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> 妊娠中	<input type="checkbox"/> その他 ()	
煙草は吸いますか?					
<input type="checkbox"/> 吸わない	<input type="checkbox"/> 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。

当院使用欄	SpO ₂	%	脈拍	拍/分	血圧	mmHg
-------	------------------	---	----	-----	----	------

大幸砂田橋クリニック

2023年7月改訂