

風邪症状用問診票

記入日 フリガナ	患者ID	※日本以外の方
患者氏名	(男 ・ 女)	国籍:
未成年(20歳未満)の場合 保護者氏名	連絡先	
生年月日 T ・ S ・ H ・ R	年	月 日 (歳)
住所		
電話番号	携帯電話番号	
職業		
来院時体温 (°C)	※体重	kg
いつから症状が出現しましたか?	月 日	時頃から
何か薬は服用しましたか?	いいえ はい → 薬名()	
今回出現した症状すべてに○をお書きください。		
発熱 (最も高かった体温: 月 日 °C) ・ 体のだるさ ・ 関節の痛み ・ 頭痛		
のどの痛み ・ 鼻水 ・ 鼻づまり ・ においや味が分からない ・ 咳 ・ 痰 ・ 息苦しい		
腹痛 ・ 下痢 ・ 吐き気 ・ おう吐 ・ 目の痛み ・ 目の充血		
その他()		
喫煙はしますか? いいえ はい → 1日()本 × 喫煙歴()年		
現在治療中の病気があり、当院以外の医療機関に通院されていますか?		
いいえ ・ はい → 高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 内臓疾患 脳疾患 喘息		
(病院名:) その他:		
過去に診断や治療を受けた病気はありますか?		
いいえ ・ はい → 病名:		
現在治療中の内服はありますか?		
いいえ ・ はい → お薬手帳はお持ちですか? はい		
いいえ → 薬剤名:		
薬や食べ物でアレルギー反応(体がかゆくなるなど)が出たことはありますか?		
いいえ ・ はい → 薬名・食べ物名:		
※女性の方 現在妊娠の可能性はありますか? いいえ はい (妊娠中の場合: 妊娠 週)		
現在授乳中ですか? いいえ はい		
コロナウイルス、インフルエンザにかかった方との接触はありますか?		
いいえ ・ はい → 誰が?() コロナウイルス ・ インフルエンザ		
別の場所でコロナまたはインフルエンザの抗原検査はしましたか?		
いいえ ・ はい → (検査日: / コロナ・インフル 検査結果: 陰性 ・ 陽性 検査場所:)		
新型コロナワクチン接種はしてますか?		
いいえ ・ はい → (最終接種回数: 回目 接種時期: 年 月頃)		
コロナの抗原検査を希望しますか? いいえ はい		
インフルエンザの検査を希望しますか? いいえ はい		
交通手段: 徒歩 ・ 自転車 ・ バイク ・ 電車 ・ 車 (車のナンバー:)		