

氏名 _____ TEL _____ 年齢 _____ 歳 体重 _____ kg 職業 _____

1. 新型コロナ感染症又はインフルエンザ感染の方と濃厚接触の可能性はありますか？

いいえ はい

2. 2ヶ月以内に新型コロナ感染症又はインフルエンザ感染にかかられましたか？

いいえ はい 発症日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (インフルA型・インフルB型・コロナ感染症)

3. 現在、どのような症状ですか？ *カッコ内の右・左・両のチェックもお願いします

- | | | |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> (右・左・両) みみが痛い | <input type="checkbox"/> のどが痛い | <input type="checkbox"/> 鼻水 |
| <input type="checkbox"/> (右・左・両) みみがかゆい | <input type="checkbox"/> のどのつまり感 | <input type="checkbox"/> 鼻づまり |
| <input type="checkbox"/> (右・左・両) みみだれ | <input type="checkbox"/> のどの違和感 | <input type="checkbox"/> くしゃみ |
| <input type="checkbox"/> (右・左・両) 聞こえにくい | <input type="checkbox"/> 咳 | <input type="checkbox"/> 臭いがわからない |
| <input type="checkbox"/> (右・左・両) みみ鳴り | <input type="checkbox"/> 痰 | <input type="checkbox"/> 鼻血 (右・左・両) |
| <input type="checkbox"/> (右・左・両) みみの違和感 | <input type="checkbox"/> 声がれ | <input type="checkbox"/> 目のかゆみ |
| <input type="checkbox"/> のどが痛く食事が全くとれない | <input type="checkbox"/> めまい*めまいのある方はめまい専用問診票を受付で貰って下さい | |

その他 (

← 必ずご記入お願い致します

4. 症状はいつ頃からですか？ →

5. 本日より5日以内に発熱はありますか？

なし ある *5日以内の発熱時の体温・日時を全てご記入ください 例○月○日○℃
()

6. 本日より5日以内に解熱剤及び鎮痛剤の服用はありますか？

なし ある *5日以内の解熱剤及び鎮痛剤服用日時を全てご記入ください
()

7. 現在通院中の病気や、今までに大きな病気や手術を受けた事がありますか？

なし ある 高血圧 糖尿病 喘息 心臓病 前立腺肥大 腎臓病 緑内障
 その他 ()

8. 現在服用中の薬はありますか？ なし ある *薬内容ご記入またはお薬手帳をお出し下さい

9. 食べ物・その他アレルギーがでた事がありますか？

なし ある ()

10. 薬を飲んで副作用がでた事がありますか？

なし ある ()

11. 採血によるアレルギー検査を希望されますか？ *小児であれば痛みの少ない簡易検査があります

いいえ はい

12. 女性の方へ 現在、妊娠・授乳されていますか？ いいえ

妊娠可能性あり 妊娠中 _____ ヶ月 授乳中 _____ ヶ月

13. 小児の方へ 飲めないタイプの薬がありますか？

何でも飲める 錠剤飲めない 粉薬飲めない

14. タバコは吸いますか？

吸わない 吸う 1日 _____ 本

15. 本日受付時マイナンバーカードご提示の方のみお答えください

マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ いいえ はい