

問 診 票

ふりがな
お名前 _____ 殿 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

現住所 〒 _____

電話番号 _____ 本日の体温： _____ °C

コロナワクチン接種されましたか？ いいえ ・ 回接種済み

最近1週間以内に、

発熱はありましたか？ はい (最高 _____ °C) ・ いいえ

のど痛はありましたか？ はい ・ いいえ

1) どうされました？

耳 (痛い・聞こえない・他) ・ 鼻 (ハナミズ・はなづまり・他) ・

のど (痛い・声が嘎れた・他) ・ 花粉症 ・ コロナ検査希望 ・ 他

<具体的には？>

2) いつからですか？ _____ 頃から

3) 現在治療中の病気・服用している薬はありますか？

はい (具体的に _____) ・ いいえ

4) あてはまるものにチェックをつけてください。

アレルギー 花粉症 薬剤アレルギー 妊娠 授乳中 喫煙

5) コロナ感染症に罹患されたことはありますか？

あ る (いつ頃 _____) ・ な い