

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・声が嗄れた・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