

問診票（熱・風邪症状）

フリガナ 氏名		生年月日	西暦 年 月 日（ 歳）
住所	〒	(未成年の場合) 保護者氏名	
電話番号		保護者TEL	

症状	いつ頃から
☐ 発熱 （最高 ℃）	
☐ のどの痛み	
☐ 鼻水・鼻づまり	
☐ せき	
☐ 息苦しさ	
☐ その他 []	

治療中の病気	無・有 [] ※ お薬手帳をお持ちの方はご提出下さい
アレルギー	無・有 ()
たばこ	無・有・以前吸っていた (喫煙歴 年)
妊娠・授乳	無・有 (☐ 妊娠中(カ月) ☐ 授乳中)

☐ インフルエンザ・コロナ迅速検査を希望されますか？ (希望する ・ 希望しない ・ わからない(医師と相談))

☐ 今回の症状で、別の病院を受診されましたか？ (いいえ ・ はい)

☐ インフルエンザ陽性者との接触 (無 ・ 有)

☐ コロナウイルス陽性者との接触 (無 ・ 有)

☐ 渡航歴 (無 ・ 有) 行動歴 ()

☐ その他 ()

(以下はスタッフが記入します)

体温 (℃) SpO2 (%)