

問診票

記入日 年 月 日

ふりがな 氏名	性別 男 女	生年月日 T・S・H・R 年 月 日
住所 〒	体温 °C	
電話番号 携帯	自宅	

おわかりになる範囲でけっこうですので、以下の質問にお答えください。

- 今日はどうなさいましたか 現在ある症状などに○をしてください。
寒気 体がだるい 熱 頭痛 関節痛 喉の痛み 鼻水 せき たん 胃痛
腹痛 胸の痛み 息苦しさ むくみ はきけ おうと 下痢 味覚障害
その他 ()
 - 基礎疾患はありますか ない・ある
 - 現在飲んでいる薬やサプリメントはありますか ない・ある
※ある場合はお薬手帳や投薬袋などわかるものをお出してください
 - 薬や食べ物のアレルギーはありますか ない・ある
具体的内容 ()
 - 新型コロナワクチンの接種回数 _____ 回
最後に接種した日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日
種類 (ファイザー・モデルナ・その他)
 - 同居されている方はいますか いいえ・はい
 - 感染経路に心当たりはありますか ない・ある
 - 女性の方にお尋ねします
妊娠している可能性はありますか いいえ・はい
授乳していますか いいえ・はい
 - 当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか？ (複数可)
ホームページ 知人 広告 (駅/電柱) 他医療機関からの紹介
通りかかった その他 ()
- ご協力ありがとうございました。個人情報は厳守いたしますのでご安心ください。