

問診票（感染症用）

保険証との確認事項もございますが、答えられる範囲でご記入ください。

ID（診察券番号）： _____ 自宅での体温； _____℃

フリガナ		性別	身長	体重	ご職業
お名前		男性・女性	cm	kg	
ご住所	〒 -	生年月日	T・S・H	年 月 日	() 歳
		電話番号			
		携帯電話			

- ・最初に症状がでた日 _____ 月 日
- ・その時の症状 咳・鼻水・のど痛、関節痛・筋肉痛・倦怠感・息苦しい・発熱（ _____℃）
扁桃肥大、味覚-嗅覚障害、下痢、はきけ、嘔吐、腹痛、その他（ _____）
- ・現在の症状 咳・鼻水・のど痛、関節痛・筋肉痛・倦怠感・息苦しい・発熱（ _____℃）
扁桃肥大、味覚-嗅覚障害、下痢、はきけ、嘔吐、腹痛、その他（ _____）
- ・自宅で体温を測っていたら教えてください。
本日 _____℃、昨日 _____℃、2日前 _____℃、3日前 _____℃
- ・脱水の症状（口がカラカラ、尿量が少ない）がありますか？ はい・いいえ
- ・すでに他の病院を受診していますか？ はい（ _____月 日）・いいえ
- ・この間、薬（市販薬を含む）を飲みましたか？ はい・いいえ
- ・家族や同僚に同じ症状がありましたか？ はい・いいえ
- ・濃厚接触者にコロナウイルス感染と診断された人がいますか？ はい・いいえ
- ・症状発病の2週間以内に旅行や出張をしましたか？ はい・いいえ
(行き先 _____) 期間 _____月 日～ _____月 日
- ・症状発病の2週間以内に以下の施設で他人との濃厚接触はありましたか？ はい・いいえ
会食、接待を伴う飲食（風俗店を含む）、カラオケ、会合、会議、リハビリ
デイサービスなどの介護施設、フィットネス・スポーツクラブの利用
学校のクラブ活動（ _____部） その他（ _____） _____月 日
- ・症状発病の1週間以内に以下のものを食べましたか？
牡蠣（かき）、鶏肉料理（鳥刺、焼き鳥）、焼肉（ホルモン、ユッケ、レバー等）
はい・いいえ _____月 日
- ・妊娠の有無 _____あり ・ なし
- ・喫煙の有無 吸っている・吸っていない・吸っていた
- ・基礎疾患 _____あり・なし・
□糖尿病、□高血圧、□脂質異常、□認知症、□呼吸器疾患
- ・薬を飲んでいますか
□免疫抑制剤（ステロイド含む）、□透析中、□その他（ _____）
- ・薬で調子が悪くなったことはありますか？ はい・いいえ
はいの場合は薬の名前と症状を教えてください
薬名 _____ 症状 _____
- ・自らコロナウイルス感染を心配しており、検査を受けたいと思っていますか？ はい・いいえ