

【問診票】

フリガナ		男 女	生年月日	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令		
名前			年	月	日	(歳)
住所	〒	身長		cm	体重	kg
		電話	自宅 携帯			

●今日はどうなさいましたか？

症状は()日前から

咳 痰 鼻水 鼻づまり 頭痛 悪寒 だるさ のど痛い 関節痛
腹痛 吐き気 下痢 倦怠感 嘔吐 食欲不振 めまい 湿疹 胸痛 健康診断

現在の体温は()℃

発熱は()日 時頃より ()℃

その他
症状

●今までに何か病気をされましたか？ はい ・ いいえ

緑内障 ・ 喘息 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 脳疾患 ・ 肝臓病 ・ 心臓病

その他

●現在、飲んでいるお薬はありますか？ はい ・ いいえ ・ お薬手帳あり

●今までお薬や食べ物によるアレルギーを起こした事がありますか？

ある() ・ ない

●女性の方のみお答えください。現在、妊娠または授乳をしていますか？

はい ・ いいえ ・ 分からない

●その他何かございましたらお書きください。

インフルエンザ・新型コロナ抗原同時検査は希望ですか？

はい ・ いいえ