

# 問 診 票

お手数ですが、もれなくご記入下さい。

フリガナ	
お名前	生年月日 T・S・H・R 年 月 日 (才)
住 所	〒 —
電話番号	( ) — (必ず連絡がつく番号で)
勤務先	医療機関関係者・介護関係者・教職員・公務員・無職・その他 ( )
勤務先名称 又は 学校名	市内・市外

① ワクチン接種の有無	<input type="checkbox"/> 有 (1回目 月、 2回目 月)
	<input type="checkbox"/> 無
② 基礎疾患 又は 現在治療中の病気	( )

① 発熱 (37.5℃以上)	はい ・ いいえ	⑦ 強いだるさ (倦怠感)	はい ・ いいえ
現在の体温	℃	⑧ ニオイがわかりにくい	はい ・ いいえ
② のどの痛み	はい ・ いいえ	⑨ 味がわかりにくい	はい ・ いいえ
③ 鼻水	はい ・ いいえ	⑩ 吐き気・嘔吐 (おうと)	はい ・ いいえ
④ せき	はい ・ いいえ	⑪ 下痢 (げり)	はい ・ いいえ
⑤ たん	はい ・ いいえ	⑫ 症状はいつから出ていますか?	
⑥ 息苦しさ	はい ・ いいえ	月 日より	

① 新型コロナウイルス感染症の方と一緒にいたことがありますか?	はい ・ いいえ
② 2週間以内に他府県に行きましたか? 行先:	はい ・ いいえ
③ 2週間以内に50名以上集まるイベントに参加しましたか?	はい ・ いいえ
④ 2週間以内に3密 (密閉・密集・密接) の機会がありましたか?	はい ・ いいえ
⑤ 今までにアレルギー体質 (喘息など) と言われたことがありますか?	はい ・ いいえ
⑥ 注射をして気分不良、薬を飲んで発疹が出た事などがありますか?	はい ・ いいえ
⑦ 以前に大きな病気にかかったり手術を受けた事がありますか?	はい ・ いいえ
⑧ 家族にアレルギー体質や大きな病気をされた方がおられますか?	はい ・ いいえ
⑨ 妊娠していますか?あるいは妊娠の疑いがありますか?	はい ・ いいえ

ご協力ありがとうございました。

医療法人社団 小川医院