

問診表(かぜ症状のある方)

年 月 日

※初診時間診票を同時にお書きの場合は、赤字の項目のみご回答ください。

フリガナ	年齢	自宅電話	()
お名前	()歳	携帯電話	()
1 熱はありますか？ いいえ はい (本日から・ 月 日 時から (最高 °C)			
2 いつから、どのような症状がありますか？該当する症状を○で囲んでください。 いつからですか？ (月 日 時から・本日 時から) のどの痛み 咳 痰 息苦しさ 味覚異常 嗅覚異常 鼻水 鼻づまり 吐き気 嘔吐 下痢 腹痛 食欲不振 頭痛 倦怠感 寒気 筋肉痛 関節痛			
3 その他、気になる症状はありますか？ いいえ はい()			
4 周囲に同じような症状の人はいますか？その方が診断された場合は○をしてください いいえ はい (いつから どなたが) インフルエンザA型 ・インフルエンザB型 ・ 新型コロナ ←○をつけてください			
5 以下に該当する基礎疾患はありますか？○で囲んでください。 高血圧 心臓疾患 糖尿病 高脂血症 肺疾患 ぜんそく 悪性腫瘍(がん) なし その他 あればご記入ください			
6 女性の方におたずねします。妊娠中ですか？ はい (週) ・ いいえ 授乳中ですか？ はい ・ いいえ 最終月経 : 月 日から ・ 閉経			
7 服用中のお薬はありますか？ はい ・ いいえ はいと答えた方はお薬手帳をお出しください。(本日お忘れの場合は薬品名をお書きください)			

ご協力ありがとうございました 内野医院