

令和 年 月 日

ID \_\_\_\_\_

### 発熱・風邪症状問診票

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	大・昭・平・令	年	月	日
氏名			年齢	( 歳)			
住所	〒 -			職業			
電話番号	( 自宅 )		( 携帯 )				

検査希望：コロナ / インフル / その他 ( ) ・希望なし

お車でお待ち頂く場合もあるためご記入をお願いします ( 車種： 色： 番号： )

★ 本日は、どうなさいましたか

( ) 日前から発熱 37.5℃以上 38.5℃以上  
咳・鼻水・頭痛・だるさ・のどの痛み・嘔吐・下痢・腹痛・呼吸苦・喘息  
その他 ( )

★ 家族や周りの方に感染者はいますか ・なし ・あり ( コロナ / インフル / その他： )

★ 既往歴・他院からの処方がありますか ・なし ・あり ( )  
※ お薬手帳をお持ちの方は、受付に出してください。

★ 薬や注射、食べ物でアレルギー症状が出たことがありますか  
・なし ・あり ( 薬の名前：\_\_\_\_\_ 食べ物：\_\_\_\_\_ )

★ 新型コロナワクチンの接種をしたことがありますか ・接種なし ・接種あり ( 回済 接種日\_\_\_\_\_ )

★ 1年以内にインフルエンザワクチンは接種しましたか ・接種なし ・接種あり

★ ( 女性の方 ) 妊娠中または授乳中ですか ・いいえ ・はい 妊娠 ( \_\_\_\_\_ 週 )

\* ご協力ありがとうございました \*

当院は診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めております。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。