★ 検査希望 有 ・ 無
コロナ検査 : する / しない
インフル検査 : する / しない

問診表

お名前() 年齢(才) _____ 月 _____ 日

身長(cm) 体重(kg) 現在の体温 _____ °C

SPO2 : _____ % P : _____

1 症状はいつからですか? ()

2 どのような症状ですか? ○をつけてください。

発熱(°C)、頭痛、のどの痛み、声枯れ、せき、たん、鼻水、鼻づまり
目のかゆみ、ゼーゼー・ヒューヒュー、息苦しい、食欲不振、倦怠感、動悸
胸痛、胸部圧迫感、腹痛、嘔気/嘔吐、下痢、便秘、胃痛、いびき
頻尿、残尿感、健康診断の精密検査、その他()

3 上記の症状の中で一番強い症状・心配事は何ですか?

()

4 ぜんそく なし あり アレルギーの有無 なし あり

5 喫煙歴 なし あり (才~ 才まで) (1日 本)

6 飲酒 なし あり

7 今までに大きな病気か、又は入院されたことがありますか?

なし あり 病名:

8 現在治療中や経過観察(疑いなど含む)がありますか?

なし あり 病名: 高血圧、糖尿病、脂質異常症、心臓病、腎臓病

その他()

緑内障 : なし ・ あり →ありの方: 開放隅角型 ・ 閉塞隅角型 ・ 不明

(男性のみ) 前立腺肥大 : なし ・ あり

9 薬を飲んであるいは注射をした時、しっしんやかゆみがかたり、気分が悪くなった
ことがありますか?

なし あり (くすり名)

10 (女性のみ) 妊娠中(週) 授乳中

妊娠の可能性 : なし ・ あり