

問診票

ふりがな			性別	生年月日	T・S・H	年	月	日
氏名			男・女					
住所	〒							
電話	(自宅)		(携帯)					
身長	cm		体重	kg				

1. 現在の体温を教えてください

2. 発熱の症状がでたのは、いつからですか？一番高くなった体温も教えてください

3. どのような症状ですか？

☐せき ☐のどの痛み ☐鼻水・鼻づまり ☐体のだるさ ☐筋肉痛 ☐腹痛 ☐息切れ
☐にあいや味がしない ☐吐き気 ☐下痢 ☐特になし ☐その他（下記にご記入ください）
 その他（ ）

4. 過去2週間に、海外・県外への移動はありましたか？

☐はい ☐いいえ
 「はい」の方→（移動機関と場所をご記入ください）

5. 過去2週間以内に、海外渡航歴・県外移動者との接触はありましたか？

☐はい ☐いいえ

6. 周り（同居者・友人・同僚）に同じような体調不良の方はいますか？

☐はい ☐いいえ

7. 治療中の疾患や体の状態についてあてはまるものを教えてください。

☐糖尿病 ☐腎臓病 ☐透析中 ☐肝疾患 ☐心臓疾患 ☐高血圧 ☐気管支喘息
☐COPD ☐がん ☐膠原病（関節リウマチ等）☐妊娠中 ☐授乳中 ☐喫煙

8. 現在飲んでいるお薬があれば教えてください。

9. これまで飲み薬や注射剤でアレルギーがでたことがありますか？

☐はい ☐いいえ

その他（ ）

ご記入有難うございました。記入が終わられましたら受付までお声かけ下さい