

年 月 日

問診票(発熱患者さん用)

やまだ内科クリニック

ふりがな		性別	生年月日		職業
名前	様	男・女	大正・昭和 平成・令和	年 月 日 年齢 (歳)	
住所	〒			電 話	(自宅) (携帯)
身長	cm	体重	kg	体温	度

問診	ご記入欄☑
今日はどうされましたか？ (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 熱(月 日 時～ 度) <input type="checkbox"/> 咳(月 日～) <input type="checkbox"/> 鼻水(月 日～) <input type="checkbox"/> のどの痛み(月 日～) <input type="checkbox"/> 頭痛(月 日～) <input type="checkbox"/> 嘔吐(月 日～) <input type="checkbox"/> 吐き気(月 日～) <input type="checkbox"/> 腹痛(月 日～) <input type="checkbox"/> 下痢(月 日～) <input type="checkbox"/> 倦怠感(月 日～) <input type="checkbox"/> 筋肉痛(月 日～) <input type="checkbox"/> 関節痛(月 日～) <input type="checkbox"/> 息苦しさ(月 日～) <input type="checkbox"/> 味覚、嗅覚の異常(有・無) <input type="checkbox"/> 食欲低下(月 日～)
他院受診されましたか？	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
食事はとれますか？	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> いつもより少ない <input type="checkbox"/> 食べれない
水分はとれていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> いいえ
家族・学校・職場に コロナ陽性の人がありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(いつから) どなたが)
抗原検査・PCR検査をしましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 抗原検査(検査日 陽性・陰性) <input type="checkbox"/> PCR検査(検査日 陽性・陰性)
当院での抗原検査希望ありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
今までにコロナ感染症にかかった事がありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
基礎疾患はありますか？	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤・抗がん剤の使用 <input type="checkbox"/> 治療中の悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 血液移植・骨髄移植・原発性免疫不全・HV <input type="checkbox"/> 臓器移植後 <input type="checkbox"/> その他()
重症化リスクの確認	<input type="checkbox"/> 妊娠中(週) <input type="checkbox"/> 喫煙歴(年 本/日)
内服中の薬はありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬品名()
アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 薬() <input type="checkbox"/> その他()
新型コロナワクチン接種歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 1回目 2回目 3回目 4回目