**問診表（発熱・風邪症状の方）**

ふりがな

名前：　　　　　　　　　　　（男性・女性）　生年月日：　　　　　　　　（　　　歳）

住所：〒

電話番号：①　　　　　　　　　　　　②（①以外もある方）

体重（12歳以下の方）　　　㎏

自宅あるいは他院で新型コロナ・インフルエンザ検査をしましたか。

新型コロナ　　　　いいえ　　はい（　　　月　　　日　　陽性・陰性）

インフルエンザ　　いいえ　　はい（　　　月　　　日　　陽性・陰性）

症状はいつからですか（ない症状は空欄）。

発熱　　　　　　　　　　月　　　日（　　　℃）　　　　現在の体温　　　　℃

倦怠感　　　　　　　　　月　　　日　　　　のどの痛み　　　　　　　月　　　日

鼻水　　　　　　　　　　月　　　日　　　　咳（せき）　　　　　　　月　　　日

痰（たん）　　　　　　　月　　　日　　　　嗅覚・味覚障害　　　　　月　　　日

頭痛　　　　　　　　　　月　　　日　　　　その他の症状　　　　　　　　　　月　　　日

ご希望の検査はありますか。

新型コロナ抗原検査、インフルエンザ抗原検査、アデノウィルス抗原検査、溶連菌抗原検査

妊娠の有無　　なし　　あり　　　　　授乳の有無　　なし　　あり（お子さんの年齢　　歳）

既往歴（高血圧、糖尿病、免疫疾患、喘息、癌など）

薬や食べ物のアレルギー　　なし　　あり（　　　　　　　　　　　　　　）

現在服用している薬　　なし　　あり（　　　　　　　　　　　　　）

最近1年間の新型コロナ・インフルエンザの感染歴

新型コロナ　　　月　　日、　　インフルエンザ　　　　月　　日

医師に伝えたいことはありますか。

当院をどちらで知りましたか（インターネット、知人の紹介、看板、電柱広告、バスの車内アナウンス、郵便局、その他（　　　　　　　　　　　））

ありがとうございました。

・[wakabaentkaze@gmail.com](mailto:wakabaentkaze@gmail.com)に送信してください。あるいは印刷・記入してお持ちください。

武蔵小山わかば耳鼻咽喉科クリニック