

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 (15歳以下の方) kg

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	( °C)	現在の体温	°C
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、前立腺肥大、緑内障など)

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