

発熱・問診票

記入日 年 月 日

ふりがな

お名前 年齢 才 生年月日西暦 年 月 日

ご住所 〒

自宅電話 携帯電話

クリニックから連絡させていただく時は 自宅電話 携帯電話

身長 cm 体重 kg

どのような症状ですか？

- 発熱（最高； °C） のどの痛み せき たん（緑 黄 白） 鼻水 だるさ 関節の痛み 頭痛 嗅覚味覚異常 吐き気 排尿時痛、違和感 下痢
上記あてはまらない場合はこちらにご記入下さい

症状はいつからですか？

（ ）日前から

現在治療中の病気や過去に病気はありますか？ ある ない

- 糖尿病 高血圧 脂質異常症（コレステロール） 気管支喘息 悪性腫瘍
肺気腫/COPD 心臓疾患 関節リウマチ 慢性腎臓病 免疫抑制剤使用中

そのほか具体的に

現在飲んでいるお薬はありますか？ ある ない

具体的に（薬手帳などある場合は記載不要、提示ください）

裏面があります。

お薬や食品でアレルギーが出たことがありますか？ ある ない

具体的に

生活習慣について教えてください

タバコ	<input type="checkbox"/> 吸わない・吸ったことがない			
	<input type="checkbox"/> 現在吸っている	本/日	才から	
	<input type="checkbox"/> やめた（過去に吸っていた）	本/日	才から	才まで
お酒	<input type="checkbox"/> 飲まない	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> 4日/週以上	おおよそ 合/日

女性の方へ

妊娠の可能性なし 妊娠中（ ヶ月） 妊娠の可能性あり 授乳中

新型コロナワクチン接種歴

なし 有（1回 2回 3回 4回 5回 6回 7回 8回 不明/わすれた）

コロナにかかったことはありますか？

なし あり（時期 年 月 ごろ あるいは 数年前）

周囲にコロナ陽性者はいますか？

いない いる 誰？（ ）

周囲にインフルエンザ陽性者はいますか？

いない いる 誰？（ ）

周囲にマイコプラズマ感染のかたはいますか？

いない いる 誰？（ ）

同居家族（本人除く）（ ）人 内訳

（ ）

新型コロナ+インフルエンザ検査を希望されますか？ はい いいえ わからない

当院はコロナインフルエンザ同時測定抗原キットを使用しています。

処方について

葛根湯（かっこんとう）などの漢方薬は飲めますか？ 大丈夫 苦手 飲めない