

問診票

(現在の体温) (SPO2) % (記入年月日) 年 月 日

(フリガナ) (氏名) (性別) 男性 女性 (身長) cm

(生年月日) (年齢) (体重) kg

M・T・S・H・R 年 月 日 歳

〒 (住所) (BMI)

(電話番号) (携帯電話)

◆20歳未満の方は必ずご記入ください
 (保護者氏名) (保護者連絡先) 同居/別居 ※別居の際はご住所をご記入ください。

◆症状について、いつごろから症状があるのか、その他症状をご記入ください。

発熱	有	無	頃から	(何度でしたか)
咳	有	無	頃から	
喉の痛み	有	無	頃から	
鼻水、痰	有	無	頃から	
嘔気、嘔吐	有	無	頃から	
下痢	有	無	頃から	
その他症状 (具体的症状)	有	無	頃から	

同居家族または職場等にコロナ感染者の方はいましたか (1週間以内) はい・いいえ

◆女性の方◆ 現在妊娠中、又はその可能性 有 (週目) / 無 / 不明
 現在授乳中ですか はい いいえ

◆既往症等の有無をお答えください ※お薬手帳をご用意ください。

悪性腫瘍	有	無	(薬の有無)	有	無
慢性閉塞肺疾患 (COPD)	有	無	(薬の有無)	有	無
慢性腎臓病	有	無	(薬の有無)	有	無
高血圧	有	無	(薬の有無)	有	無
糖尿病	有	無	(薬の有無)	有	無
脂質異常症	有	無	(薬の有無)	有	無
心疾患	有	無	(薬の有無)	有	無
肝疾患	有	無	(薬の有無)	有	無
神経疾患	有	無	(薬の有無)	有	無
精神疾患	有	無	(薬の有無)	有	無
肥満 (BMI30以上)	有	無	〈体重kg ÷ 身長m ÷ 身長m〉		
喫煙歴	有	無	(1日の本数)		
アレルギー	有	無	(具体的に)		
手術/手術歴	有	無			
その他の既往歴					

※治療中の疾患、臓器移植、免疫抑制剤、抗がん剤の使用などありましたらお知らせください