

感冒外来 問診票

年 月 日

ふりがな		生年月日	西暦	年	月	日	性別
お名前				年齢	才		男
ご住所	〒 -	連絡先	(優先順)	① ()			
				② ()			
				③ ()			
ご希望の検査は？		<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> コロナウイルス <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 溶連菌 <input type="checkbox"/> マイコプラズマ					
注:コロナウイルスとインフルエンザの検査は同時にできます(別々もOKです)							
自宅で抗原キット検査をおこなった方		<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性			SAT: %		
コロナワクチンの接種回数	回	コロナワクチン	年 月 日				
インフルエンザワクチン接種回数	回	最終接種日	ファイザー製・モデルナ製				
症状の発生した日	月 日 () から		(推定)感染地域:				
<input type="checkbox"/>	1.発熱: °C : (今も持続している) (日前が最高であった) (今は解熱している)						
<input type="checkbox"/>	2.セキが出る						
<input type="checkbox"/>	3.タンが出る						
<input type="checkbox"/>	4.のどが痛い						
<input type="checkbox"/>	5.鼻水、鼻づまり						
<input type="checkbox"/>	6.頭が痛い						
<input type="checkbox"/>	7.関節が痛い 筋肉痛がある						
<input type="checkbox"/>	8.強い倦怠感、だるさを自覚している						
<input type="checkbox"/>	9.味がわからない 匂いがわからない						
<input type="checkbox"/>	10.おなかの症状がある 腹痛、下痢、悪心・嘔吐、その他 ()						
<input type="checkbox"/>	11.その他の症状(具体的に):						
◆該当する項目にチェックをお願いします							
最近コロナウイルスor インフル陽性になった人と接触した	はい	家族、職場、友人、その他()					
同居人または職場で自宅待機を命ぜられた人がいる	はい	家族、職場、友人、その他()					
過去7日以内に海外渡航歴がある	はい	場所:					
または海外渡航歴がある人と接触した		家族、職場、友人、その他()					
◆治療中の疾患はありますか？		<input type="checkbox"/> 特になし					
<input type="checkbox"/> あり→	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤 <input type="checkbox"/> がん(抗がん剤服用中) <input type="checkbox"/> その他()						
◆喫煙歴はありますか？		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (本数 /日× 年間) <input type="checkbox"/> 過去に吸っていた 本/日× 年間(才~ 才まで)					
◆女性の方へ。妊娠中もしくは、妊娠の可能性はありますか？		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 授乳中					