

住所・TEL 番号変更ある方は記入お願いします。

年 月 日

問診票

氏名

体温 °C / SAT

***症状はいつからですか**

月 日

***一番つらい症状は何ですか**

()

***他にどんな症状がありますか**

☐熱 ☐喉の痛み ☐咳 ☐痰 ☐鼻水 ☐頭痛 ☐腹痛

☐下痢(回) 嘔吐(回)

☐長引く咳(1週間以上続く) ☐息苦しい ☐胸が苦しい又は痛い ☐目のかゆみ

☐その他()

【喉の痛みがある方】

☐喉が痛くて口が開かない あり なし

☐喉が痛くて唾がのみ込めない あり なし

***アレルギーはありますか**

食べ物 ある() ⇒症状 なし

薬 ある() ⇒症状 なし

***過去に大きな病気にかかれた事がありますか** ある() なし

***現在治療中の病気はありますか** ある() なし

***新型コロナウイルス、インフルエンザ等の検査を希望しますか**(医師の判断で検査を行う場合があります)

新型コロナウイルス する しない

インフルエンザ する しない

溶連菌感染症 する しない

***上記以外でご相談したい事がありますか？**

血圧が高い 肝機能が悪い 血糖値が高い コレステロールが高い プラセンタ治療

睡眠時無呼吸症候群 健康診断で異常を指摘された

その他()