

感冒外来 問診票

1. あてはまる症状をすべて○で囲ってください

発熱	頭痛
咳	嘔気/嘔吐
全身倦怠感	下痢
嗅覚・味覚障害	結膜炎
呼吸苦	

はじめて症状を感じたのはいつですか 月 日

2. 最近、新型コロナウイルス感染症と診断された人との接触はありますか

なし あり → いつですか 月 日

3. 最近、海外へ渡航されまた方は以下の記入をお願いします

国 ()
渡航期間 年 月 日 ~ 年 月 日

4. 新型コロナワクチン接種しましたか

はい の方は以下の記入をお願いします

1回目	製造会社	ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ
	接種日	年 月 日
2回目	製造会社	ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ
	接種日	年 月 日
3回目	製造会社	ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ
	接種日	年 月 日

5. あてはまるものをすべて○で囲ってください

高血圧	悪性腫瘍
糖尿病	慢性閉塞性肺疾患
脂質異常症	慢性腎臓病
肥満 BMI 30以上	免疫抑制剤・抗がん剤使用中

6. 現在、妊娠していますか はい いいえ

氏名	生年月日	年	月	日	歳
携帯電話番号	()	職業	()		

記入日 年 月 日

小林病院