

## 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     | 咽頭痛   |

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

あり → いつ 月 日 ・ だれ ( )

3. 最近、海外へ渡航され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を接種しましたか

はい の方は以下の記入をお願いします

・ ワクチン接種回数 回

・ 直近の接種日 年 月 日

・ 直近に接種したワクチン

ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ・他 ( )

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