感冒外来　問診票

1. あてはまる症状をすべて〇で囲ってください

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
鼻閉、鼻汁	くしゃみ
呼吸苦	咽頭痛

2. はじめて症状を感じたのはいつですか　　月　　日

3. 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

4. 新型コロナワクチン接種しましたか　　はい（　　回）　　いいえ

5. あてはまるものをすべて〇で囲ってください

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
心血管疾患	免疫抑制剤・抗がん剤使用中
肥満 BMI　40以上	

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

記入日　　年　　月　　日　　小林病院