

問 診 票

年 月 日

ID:

お名前 _____ 年齢 歳 体温 ℃

- ① 本日はどのような症状でおかかりですか？
発熱 最高 ℃ (いつ)
のどの痛み せき 鼻水 頭痛 食欲不振 胸痛
腹痛 下痢 嘔吐
その他 ()
- ② いつからですか？ ()
- ③ 現在飲んでいるお薬はありますか？
()
- ④ 薬のアレルギーの有無 有 ・ 無
◆有りの方 (薬名:)
- ⑤ 女性の方・・・妊娠中 授乳中
- ⑥ ここ1ヶ月以内に海外渡航されましたか？ した・していない
された方・・・場所 ()
- ⑦ 新型コロナウイルスと診断された方と濃厚接触はありましたか？
はい ・ いいえ
- ⑧ ここ14日間で満員での公共交通手段の利用はありましたか？
はい ・ いいえ
- ⑨ ここ14日間でイベントなど人が密集した所へは行きましたか？
はい ・ いいえ

緑が丘メディカルクリニック