

2020年 月 日

### 問診票

診察券 ID

氏名	性別	生年月日	連絡先
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		

受診目的 自家用車（車種/色/番号） ・ 第2診察室

- ・ 発熱  あり（ ℃： 月 日から）  なし
- ・ 咳  あり（ 月 日から）  なし
- ・ 痰  あり（ 月 日から）  なし
- ・ 息苦しさ  あり（ 月 日から）  なし
- ・ 倦怠感  あり（ 月 日から）  なし
- ・ 咽頭痛  あり（ 月 日から）  なし
- ・ 味覚・嗅覚の異常  あり（ 月 日から）  なし
- ・ 下痢  あり（ 月 日から）  なし
- ・ 吐き気  あり（ 月 日から）  なし
- ・ 頭痛  あり（ 月 日から）  なし
- ・ 筋肉痛・節々の痛み  あり（ 月 日から）  なし
- ・ 発疹  あり（ 月 日から）  なし
- ・ 食事がとれるか  いいえ（ 月 日から）  はい
- ・ 上記以外（ ）

#### 集団感染リスク（2週間以内）

- ・ 海外  なし  あり（ ）（期間 月 日～ 月 日）
- ・ 国内  なし  あり（ ）（期間 月 日～ 月 日）
- ・ 接触  なし  スポーツジム  カラオケ  ライブハウス  一定時間屋内での複数の人と接触（ 月 日）
- ・ 家族や職場で発熱者、体調不良者  なし  あり（関係 ）

#### 現在治療中の病気

- ・ 疾患名  なし
- 高血圧  糖尿病  心臓病  脳血管疾患  肝臓病
- 腎臓病  透析  ぜんそく  膠原病  悪性腫瘍（ ）
- その他（ ）

#### 喫煙歴

- ・ 喫煙歴  あり（ 年間）  なし

#### 花粉症(アレルギー性鼻炎)

- あり  なし

#### 現在服用している薬

- ・ 常用薬、内服中の薬  あり（ ）  なし
- ・ 免疫抑制剤  あり（ ）  なし
- ・ ステロイド  あり（ ）  なし

妊娠（女性の方）  はい（ 週目）  いいえ

保健所への連絡  はい  いいえ

症状や状況より保健所に連絡いただくこともございます。ご了承ください。

おかじょうクリニック