

# 問診票

【院内トリアーシ用】

令和 年 月 日カルテNo

ふりがな お名前	生年月日 大・昭・平・令・西暦 年 月 日 ( ) 男・女
住所 〒	携帯番号 電話番号 *連絡先は2カ所の記入をお願い致します

\*無料PCRセンター・簡易キットでの検査結果をお持ちでしたら、ご用意ください。

\*受診時体温： °C SaO2 %

\*症状がある場合は□にチェックをし、設問にお答えください。

- 発熱 ( 月 日 ) から 最高 ( ) °Cまで
- のどが痛い ( 月 日 ) から
- 痰 色を教えてください。 黄色 白色 血が混じる 鉄さび色
- せき ( 月 日 ) から
- 息苦しさ  鼻水  鼻詰まり
- 腹痛 ( 月 日 ) から
- 吐き気・嘔吐 ( 月 日 ) から
- 下痢 ( 月 日 ) から
- 便秘 ( 月 日 ) から
- 頭痛 ( 月 日 ) から
- 関節痛
- 倦怠感
- その他：どんな症状ですか？ ( )
- 医療従事者の方ですか？ YES・NO

\*行きつけの薬局がありますか？薬局名を教えてください。( )

\*新型コロナワクチン 未接種・接種 回

\*今までにかかった、または治療中である病気に丸をつけてください

気管支喘息 (小児喘息・咳喘息) も含む アレルギー性鼻炎 花粉症 (春・秋)

高血圧 不整脈 弁膜症 糖尿病 慢性腎臓病 高コレステロール血症

\*薬で具合が悪くなったことはありますか？ (ある・なし) あると答えた方薬の名前・症状を教えてください  
(薬の名前・症状 )

マイナンバーカード受付に対応しております。

発症日 / ~自終 /

発生届 有・無

健康観察入力者サイン:

入力

Check