

記入日：R 年 月 日

来院時体温： 度

問診票

太文字の項目は必ずご記入ください

診察券の番号：

お名前：

現在の所在地：

電話番号：

住民票所在地：

電話番号：

所在地・電話番号は、最終受診後に変わってしまわれましたらご記入ください。
今、主にいらっしゃる場所（現在の所在地）と住民票所在地が別の場合は、住民票の所在地と
ともにご記入ください。

症状：診察時間（感染の機会を）を減らすのに必要です。次の項目に必ず答えてください。

調子が悪くなったのは何時からですか？：今日・ 日前から

熱は、ありますか？ ある・ない （最高： 度）

咳は、ありますか？ ある・ない

痰は、出ますか？ 出る・出ない

出る場合、色はついていますか？ ついている（ 色）・いない

強い嗅覚（においの）異常・味覚（あじの）障害は、ありますか？ ある・ない

のどの痛みは、ありますか？ ある・ない

鼻水は、でますか？ 出る・でない

出る場合、鼻水は何色ですか？ 無色透明・黄色・緑色・その他（ 色）

息切れは、ありますか？ ある・ない

くしゃみは、ありますか？ ある・ない

鼻づまりは、ありますか？ ある・ない

腹痛は、ありますか？ ある・ない

下痢は、ありますか？ ある・ない

おう気・おう吐は、ありますか？ ある・ない

頭痛は、ありますか？ ある・ない

身体の痛み（筋肉痛・関節痛）は、ありますか？ ある・ない

だるさ・脱力感は、ありますか？ ある・ない

強い虚脱感は、ありますか？ ある・ない

新型コロナウイルスに感染する心配・機会は、ありましたか？ ある・ない。

ある方は、具体的に：

があった。

※14日以上前の話は、基本関係ありません。

コロナワクチン接種：ない・ある（銘柄： を一回・二回接種：R 年 月 日）

保険証が最近変わっていませんか？ ない・ある