

# 問 診 票

患者ID : \_\_\_\_\_

ふりがな 氏 名	生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日	体温 ℃
	連絡先	携帯番号 :	

1

① 1週間以内に37.5℃以上の発熱がありますか？	はい	いいえ
② 呼吸器症状（咳嗽・咽頭痛・鼻汁・鼻閉など）がありますか？	はい	いいえ
③ 息切れがありますか？	はい	いいえ
④ 頭痛がありますか？	はい	いいえ
⑤ 倦怠感（体のだるさ）がありますか？	はい	いいえ
⑥ 消化器症状（下痢・嘔吐など）がありますか？	はい	いいえ
⑦ 味覚障害・嗅覚障害がありますか？	はい	いいえ

2

① 新型コロナウイルス感染症が確定した方と濃厚接触歴がありますか？	はい	いいえ
② 2週間以内に新型コロナウイルス感染症の流行が確認されている地域に渡航又は居住していましたか？	はい	いいえ
③ 2週間以内に新型コロナウイルス感染症の流行が確認されている地域に渡航又は居住していた方と濃厚接触がありますか？	はい	いいえ

3

① 2週間以内に不特定多数の集まる場所へ行きましたか？ （商業施設・観光地・パチンコ店など）	はい	いいえ
② 2週間以内に列車・バス・タクシー・飛行機・船などに乗りましたか？	はい	いいえ
③ 基礎疾患について該当する方は○をつけて下さい。 糖尿病 ・ 心不全 ・ 慢性呼吸器疾患 ・ 高血圧 ・ がん		
④ 職業について該当する方は○をつけて下さい。 バス ・ タクシー運転手 ・ 宿泊業（フロント業務） ・ 接客業 ・ 飲食業 ・ 医療 ・ 介護 ・ 福祉		

※ 来院時はマスクの着用をお願いします

※ 他に気になる症状があれば記載して下さい

---

---

---

---

---

---



江尻内科・循環器科クリニック

電話 0577-74-0041