

問 診 票

患者ID: _____

| | | | | | |
|------|---|-------|--|----|--|
| ふりがな | | 生年月日 | 大正 昭和 平成 令和 年 月 日 | 体温 | |
| 氏 名 | 才 | 連 絡 先 | 携帯番号: | | |

1

| | | |
|--------------------------------|-----|-------|
| ① 1週間以内に発熱がありますか？ (いつから) | 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 |

2

| | | |
|---|-----|-------|
| ① 新型コロナやインフルエンザの方と濃厚接触歴がありますか？ | は い | い い え |
| ② 1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・イベント・会食など) | 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 | | |

※ 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