

感染対策用患者受診問診票 太枠の中にご記入ください 記入月日 ( R 年 月 日 )

氏名	ふりがな	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	連絡先： 自宅 (      -      -      ) 携帯 (      -      -      )
生年月日	年      月      日 (      ) 歳			
1週間以内の 具体的な症状  ※1日でも該当するもの があればご記入 ください	発熱	<input type="checkbox"/> あります	<input type="checkbox"/> ありません	
		いつから (      )	何°C (      )	
	頭痛	<input type="checkbox"/> あります	<input type="checkbox"/> ありません	
	味覚障害	<input type="checkbox"/> あります	<input type="checkbox"/> ありません	
	嗅覚障害	<input type="checkbox"/> あります	<input type="checkbox"/> ありません	
	咳	<input type="checkbox"/> あります	<input type="checkbox"/> ありません	
	痰	<input type="checkbox"/> あります	<input type="checkbox"/> ありません	
	息苦しさ	<input type="checkbox"/> あります	<input type="checkbox"/> ありません	
	1か月以内に新型コロナ ウィルス感染症の患 者に接触した	<input type="checkbox"/> あります	<input type="checkbox"/> ありません	
	そのほかの症状			
基礎疾患	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 肺の病気 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> その他			
アレルギー	<input type="checkbox"/> あります： (薬・食物      ) <input type="checkbox"/> ありません			
喫煙	<input type="checkbox"/> 吸います <input type="checkbox"/> やめました <input type="checkbox"/> 吸ったことはありません			
飲酒	<input type="checkbox"/> 飲みます <input type="checkbox"/> やめました <input type="checkbox"/> 飲みません			
来院手段	<input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> その他			