

風邪問診票

患者ID

作成日 令和 年 月 日

フリガナ					
患者氏名					
性別	男 ・ 女	生年月日	S・H	年	月 日
携帯電話番号			自宅電話番号		
住所					
車の車種		ナンバー		色	

- ①いつから症状がありますか？ (月 日) 朝 昼 夜
- ②熱がありますか？ ある ない (°C) (最高 °C)
- ③身体のだるさがありますか？ ある ない
- ④息苦しさがありますか？ ある ない
- ⑤胸の痛みがありますか？ ある ない
- ⑥咳はありますか？ ある ない
- ⑦のどの痛みがありますか？ ある ない
- ⑧鼻水はありますか？ ある ない
- ⑨頭痛はありますか？ ある ない
- ⑩味やにおいはわかりますか？ わからない わかる
- ⑪関節や筋肉の痛みがありますか？ ない ある
- ⑫食欲はありますか？ ある ない
- ⑬その他気になる症状はありますか？ ある ない

()

※女性の方のみお尋ねします。現在、妊娠または授乳されていますか？

妊娠 () ヶ月・授乳中生後 () ヶ月・してない・妊娠の可能性がある

コロナワクチン接種歴について

ワクチン接種回数は？

直近のワクチン接種年月日は？

ワクチンの種類は？ ファイザー ・ モデルナ ・ その他 ()