年　　月　　日

問診票

体温（　　℃）

フリガナ		男 女	生年月日 年齢	大・昭・平・令　　年　　月　　日 （　　歳）
氏名				
住所	〒			
電話番号	（自宅）　　（携帯）			

今日はどうなさいましたか？

☐ 発熱　☐ 頭痛　☐ 喉の痛み　☐ 咳・たん　☐ 鼻水　☐ 鼻づまり
☐ 味覚異常　☐ 嗅覚異常　☐ 息苦しい　☐ だるさ　☐ ふらつき　☐ 動悸
☐ 腹痛　☐ 下痢　☐ 血便　☐ 吐き気　☐ 食欲がない　☐ めまい
☐ その他（　　）

新型コロナワクチンの予防接種は受けましたか？

☐ いいえ　☐ はい　（　　回　　年　　月頃　）

新型コロナウィルス感染症の方と一緒にいたことはありますか？

☐ いいえ　☐ はい

新型コロナウィルス感染症にかかったことはありますか？

☐ いいえ　☐ はい　（　　年　　月頃　）

現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？

☐ なし
☐ あり　☐ 高血圧　☐ 糖尿病　☐ 脂質異常症　☐ 心臓病　☐ 不整脈　☐ がん
☐ 脳出血・脳梗塞　☐ 神経の病気　☐ 喘息　☐ 呼吸器(肺)の病気
☐ 肝臓の病気　☐ 腎臓病　☐ その他(　　)

現在飲んでいるお薬はありますか？

☐ なし　☐ あり　（お薬名　　）

お薬や食べ物でのアレルギーはありますか？

☐ なし　☐ あり　（お薬や食べ物名　　）

タバコは吸いますか？

☐ いいえ　☐ はい

※ 女性の方のみ

妊娠中ですか？　☐ いいえ　☐ はい　（　　週目）
授乳中ですか？　☐ いいえ　☐ はい

（車種：　　ナンバー：　　）　　ご協力ありがとうございました。