車（ナンバー：　　色：　　）・待機室・その他（　　）

令和　　年　　月　　日

# 問 診 票

| フリガナ | 生年月日 | 年齢 |
|---|---|---|
| お名前（　　） | 大・昭・平　　年　　月　日 | 歳 |
| 電話番号：（　　）携帯番号：（　　） | | |
| 住所：〒 | | |
| 来院時体温：（　　）℃・SPO2（　　）% | | |
| 自宅での最高体温：（　　）℃【　月　日　　：　　頃】 | | |

1.症状はいつからですか。　⇒　＿＿＿月　　日　　時頃から

2.どのような症状がありますか。あてはまる症状に○をつけて下さい。

咳　・　痰　・　息苦しさ　・　のどの痛み　・　下痢　・　吐き気
味がしない　・　においがしない　・　目が染みる　・　頭痛

3.上記の症状以外に気になる症状があれば記入ください。

[　　]

4.下記にあてはまるものがあれば○をつけて下さい。

悪性腫瘍　・慢性呼吸器疾患（COPD）　・慢性腎臓病　・心疾患　・脳血管疾患
喫煙　・高血圧　・糖尿病　・脂質異常症　・肥満（BMI３０以上）　・臓器移植
免疫抑制剤、抗がん剤の使用　・免疫機能の低下　・妊娠　・授乳中

5.最近、新型コロナウイルス感染（疑いの方）やインフルエンザの方との接触はありましたか。　コロナウイルス→はい・いいえ（どなたが：　　）

インフルエンザ→はい・いいえ（どなたが：　　）

＊なお、検査の必要性についての最終決定は医師の判断になります。

別室またはお車でお待ちいただくようお願いする場合があります。
ご協力お願いいたします。
せいの内科クリニック