

受診日： 年 月 日			
(フリガナ)		住所	〒 —
患者氏名	(歳)		
生年月日	西 暦 年 月 日	電話番号	携帯 — —
性別	男性 ・ 女性		自宅
体重	kg	保護者氏名	患者が18歳未満 のとき記入
アレルギー・薬の副作用の有無	無 ・ 有 ()		
治療中の病気・続けている薬	無 ・ 有 ()		
* 質問のあてはまる項目に、○または () 内に記入してお答えください。			
① 今日どのような症状ですか？ (複数回答可)			
発熱 ・ 咳 ・ 頭痛 ・ 鼻水 ・ 咽頭痛 ・ 腹痛 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ めまい その他 ()			
② その症状は、いつ頃からですか？ ()			
③ 熱はどうですか？ 昨夜(°C)、朝(°C)、昼(°C)、現在(°C)			
④ 食事・水分は、とれますか？ (はい ・ いいえ)			
⑤ 新型コロナのワクチン接種回数 () 回			
直近の接種年月日 (年 月 日) ・ 不明			
その時のワクチンの種類 (ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ・ノババックス・不明)			
⑥ 重症化のリスク因子となる疾病等			
0. なし 1. 悪性腫瘍 2. 慢性呼吸器疾患 3. 慢性腎疾患 4. 心血管疾患 5. 脳血管疾患 6. 高血圧 7. 糖尿病 8. 脂質異常症 9. 臓器移植、抗がん剤等による免疫の低下 10. 妊娠 11. その他 ()			
⑦ 新型コロナウイルス感染症患者との濃厚接触			
0. なし 1. あり →どなたですか？ 同居家族 ()、その他 ()			
⑧ 新型コロナウイルス感染症にかかったことがありますか？			
0. なし 1. あり →いつごろですか？ (年 月 ごろ)			
⑨ 今日受診するまでに、新型コロナウイルスの検査をしましたか？ (ここ数日に限る)			
1. していない			
2. した → いつですか？ (月 日 曜日、 時ごろ)			
どこで？ (医療機関・自宅・無料検査所・その他 [])			
検査の種類 (PCR検査 ・ 抗原検査(検査キット) ・ 不明)			
検査結果 (陽性 ・ 陰性)			
※陽性の場合、検査キットを撮影した画像 または検査結果通知をご提示ください。		分かる範囲でご記入ください	
		車ナンバー(4桁)：	
		車種：	
		車の色：	

* 休日の院外処方では、薬を安全に使用して頂くため、市内協力薬局へこちらの問診票の写しをご提示ください。 個人情報保護法に基づき、適切にお取り扱いいたします。