

感染症関連 問診票

| | | | | |
|--------|------------|-------------|------|----|
| (フリガナ) | | 男 ・ 女 | 電話番号 | |
| お名前 | | | 身長 | cm |
| | | | 体重 | kg |
| 生年月日 | 年 月 日 (歳) | | | |
| ご住所 | (〒 —) | | | |

◆ 本日はどうされましたか？

- 発熱 頭痛 咳 痰が出る 鼻水 喉が痛い
 その他 (_____)(吐き気、下痢、腹痛等)

◆ 症状はいつからですか？ _____ 頃から

◆ 発熱のある方は、最高で何度でしたか？ _____ 度

◆ 周囲で流行っている病気はありますか？

あり: _____ なし

◆ 治療中の病気、服用中のお薬はありますか？

病気: _____

薬: _____

◆ 食べ物・飲み薬・注射でのアレルギーはありますか？

◆ 女性の方に伺います。

・現在妊娠中ですか？(はい: _____ ヶ月 いいえ わからない)

・現在授乳中ですか？(はい いいえ)