

ふりがな  
お名前 \_\_\_\_\_ (男・女) 生年月日:西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 歳

ご住所 \_\_\_\_\_ 職業 \_\_\_\_\_

携帯電話番号 \_\_\_\_\_ 車種: \_\_\_\_\_ 色: \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

身長: \_\_\_\_\_ cm 体重: \_\_\_\_\_ kg

問診 (有・無に○をつけてください)

・体温: 現在 \_\_\_\_\_ °C

1週間以内に発熱があれば、経過を記入してください

- |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| ・のどの痛み: 有 ( / から) 無   | ・鼻水: 有 ( / から) 無      |
| ・咳: 有 ( / から) 無       | ・痰: 有 ( / から) 無       |
| ・体のだるさ: 有 ( / から) 無   | ・筋肉痛・関節痛: 有 ( / から) 無 |
| ・頭痛: 有 ( / から) 無      | ・息苦しさ: 有 ( / から) 無    |
| ・味覚・嗅覚異常: 有 ( / から) 無 | ・下痢: 有 ( / から) 無      |
| ・吐き気・嘔吐: 有 ( / から) 無  | ・食欲: 無 ( / から) 有      |
| ・上記以外の症状 ( )          |                       |

新型コロナウイルス感染症の感染リスクの有無

(1週間以内に陽性者や体調の悪い方に接触されたり、旅行や人混み等に行かれたりしていたら、詳細を記入してください)

有 場所: \_\_\_\_\_ 期間: \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ 人物: \_\_\_\_\_  
無

新型コロナウイルスワクチンの接種の有無

有 ( 回接種) 最終接種日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (ファイザー・モデルナ)  
無

現在治療中の病気 (当てはまるものに○をつけてください)

有 ・高血圧 ・糖尿病 ・心臓病 ・脳血管疾患 ・肝臓病 ・腎臓病 ・透析 ・喘息  
・膠原病 ・悪性腫瘍 ・その他 ( )  
無

現在服用している薬 (お薬手帳をお持ちの方は、問診票と共にスタッフにお渡してください)

有 (常用薬: \_\_\_\_\_ 解熱剤・風邪薬: \_\_\_\_\_ )  
無

喫煙歴 有 ( \_\_\_\_\_ 年間) 無

薬または食べ物のアレルギー 有 ( \_\_\_\_\_ ) 無

女性の方 (有無に○をつけてください) ・妊娠 : 有 ( \_\_\_\_\_ 週目) 無 ・授乳 : 有 無

宿泊療養の希望の有無 有 無