

問診票

令和 年 月 日

ふりがな		性別	男性	女性
氏名		生年月日	大 昭 平 令 年 月 日 (満 歳)	
住所	〒			
	自宅電話番号		携帯電話番号	
	メールアドレス			
現時点の居所	同上 もしくは他〒			
職業		勤務先、学校等		
身長	cm	体重	kg	今の体温 °C
同居家族	<input type="checkbox"/> あり (高齢者・基礎疾患患者・免疫抑制状態者・妊娠者・医療従事者等) <input type="checkbox"/> なし			
症状にチェックと 新型コロナ患者と 濃厚接触について	<input type="checkbox"/> 咳・鼻水	いつから・どの程度		
	<input type="checkbox"/> 発熱	いつから・どの程度		
	<input type="checkbox"/> 全身倦怠感	いつから・どの程度		
	<input type="checkbox"/> 呼吸苦	いつから・どの程度		
	<input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚異常	いつから・どの程度		
	<input type="checkbox"/> その他の症状			
	濃厚接触 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	ありの方は、いつ・どこで・だれと		
基礎疾患の有無	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 (高コレステロール血症) <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 (COPD 等) <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤の使用 <input type="checkbox"/> 抗がん剤の使用 <input type="checkbox"/> 透析治療中 <input type="checkbox"/> その他 ()			
病気、けがによる 入院や手術の有無	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし			
薬や食べ物による アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし			
喫煙の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	喫煙歴の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
妊娠の有無	<input type="checkbox"/> あり (月) <input type="checkbox"/> なし			
ご本人以外 の連絡先	ふりがな		続柄	
	氏名			
	住所	〒		
		自宅電話番号	携帯電話番号	
	メールアドレス			