

# 問 診 票

ID ( )

令和 年 月 日

フリガナ		性別	男 ・ 女 ( 妊娠 なし ・ あり )		
名前			才	喫煙歴	あり ・ なし
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日	年齢			
住所	〒 新宿区 豊島区	電話 ・ 携帯			
		電話 ・ 自宅			

## 1. 基礎疾患についてあてはまるものがあれば、□にチェックしてください

なし ※ 職業 \_\_\_\_\_

糖尿病 心血管疾患 脳血管疾患 高血圧 脂質異常症 慢性呼吸器疾患

慢性腎臓病 抗がん剤/免疫抑制剤使用(過去の使用歴を含む) その他( )

## 2. 薬剤アレルギー なし ・ あり ( )

## 3. 以下の症状にあてはまるものに○をしてください

全身状態	上気道症状	消化器症状
・発熱	・咽頭痛	・下痢
・頭痛	・咳	・腹痛
・倦怠感	・痰	・嘔吐
・他( )	・鼻汁	・他( )
※熱がある(あった)場合	・呼吸苦	・いつから( )
・いつから( )	・他( )	
・何度( )	・いつから( )	

## 4. 周りに体調不良の方がいらっしゃいますか

いいえ ・ はい ( 上気道症状 ・ 消化器症状 ・ 他 )

《看護師記入欄》

熱 ( ) SpO2 ( ) ワクチン( )

--