

R. 力ゼ等の感染症に関する問診票：必ず全項目にご記入願います（該当に○印）

受診日： 月 日

氏名（カタカナで） (年齢)

- * 基礎疾患あり：高血圧・肺・心臓・腎臓・糖尿病
- * 現在、妊娠している（女性の方）：いいえ・はい
- * 現在、授乳している：いいえ・はい
- * 10歳以下の子様（体重 Kg）
- * お薬の希望：シロップ・粉・錠剤
- * 薬のアレルギーはありますか：いいえ・はい（薬の種類や名前：）

現在の体温： ℃ 昨日の最高体温： ℃ (解熱剤使用：いいえ・はい)

ご自身や同居者の勤務先・学校等で2週間以内にコロナ等の感染者がいる：いいえ・はい

(具体的な感染症病名：コロナ・インフルエンザ・溶連菌・アデノ・ウィルス性胃腸炎・その他)

- * 本日、感染症の検査を希望しますか：いいえ・はい・医師と相談

せきが出る： いいえ・はい

たんが出る： いいえ・はい

のどが痛い： いいえ・はい

鼻水が出る： いいえ・はい

味覚・嗅覚に異常がある： いいえ・はい

腹痛がある： いいえ・はい

下痢がある： いいえ・はい

嘔吐がある： いいえ・はい

頭痛がある： いいえ・はい

その他の症状がある（具体的に）：

※ 携帯NO.：

※ お車NO.： (下4ケタ)