

R. カ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） (歳)

- * 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歳以下のお子様（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： °C 昨日の最高体温： °C（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)

事務スタッフ記入欄： 車 外ベンチ 風除室 ケアルーム 2診 待合室

NO.4286 P. 1/1

かかりつけクリニック

2026年1月27日 13時00分