

新型コロナウイルス感染症の予診票

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

住民票に記載されている住所	都 道 市 区		府 県 町 村	
フリガナ			電話番号	() - () - () ()
氏名			普段の体温(平熱)	□□ 度 □□ 分
生年月日(西暦)	□□□□ 年 □□ 月 □□ 日	日生(満□□□□ 歳)	□男・□女	診察前の体温 □□ 度 □□ 分

質問事項	回答欄	医師記入欄
今日、体に具合が悪いところがありますか。 <input type="checkbox"/> 発熱(37.0℃以上ある) <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> 体のだるさ <input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 発熱(37.0℃以上)がある場合、いつからありますか？()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
本日、解熱剤等のお薬を希望されますか？ 希望される場合、以下の内容をご記入ください。 希望されるお薬 <input type="checkbox"/> 解熱剤 <input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> 吐き気止め <input type="checkbox"/> 頭痛薬 <input type="checkbox"/> 痰切り <input type="checkbox"/> 整腸剤 希望されるお薬の形態 <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> 粉薬 ※シロップは当院にはありません 現在の体重 □□□ kg	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
希望される場合、薬や食品などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことがありますか。 薬・食品など原因になったもの()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
新型コロナウイルスに感染した方と濃厚接触した可能性がありますか？ その方は同居している人ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
新型コロナウイルス予防接種を実施しましたか？ <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 4回	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
希望される検査の種類をお選びください。 <input type="checkbox"/> 抗原定性検査 <input type="checkbox"/> 抗原定量検査 <input type="checkbox"/> PCR検査 検査の種類はこちら▶▶▶		