年　月　日

発熱・風邪症状についての問診票

フリガナ		性別	生年月日	連絡先・携帯番号
氏　名				
住　所				

風邪症状の有無　　□なし　□あり　※ありの方は下記の質問に答えて下さい

- 発熱　□あり　（　　℃）　□なし
- 咳　□あり　□なし
- 痰　□あり　□なし
- 鼻水　□あり　□なし
- のどの痛み　□あり　□なし
- 嘔気／嘔吐　□あり　□なし
- 下痢　□あり　□なし
- 頭痛　□あり　□なし
- 倦怠感　□あり　□なし
- 嗅覚、味覚障害　□あり　□なし

症状の発生時期　□今日　□昨日　□数日前　□１週間前　□その他

周囲の風邪症状、コロナやインフルエンザ陽性の有無　□なし □あり

今までかかった病気や現在治療中の病気がありますか？　□なし　□あり

※ありの方→（　　）

現在内服中のお薬がありますか？　□なし □あり

食べ物やお薬のアレルギーがありますか？　□なし　□あり

女性の方へお尋ねします。現在妊娠、授乳中ですか？

□なし　□妊娠の可能性あり　□妊娠中　□授乳中

始良しんさとクリニック