

ID

## 【問診票】

年 月 日

名前(かな): 性別 男・女 生年月日: 年 月 日生( 歳)

住所	〒		
自宅・携帯		身長	cm
緊急連絡先		体重	kg

① 今日はどうされましたか？それはいつ頃からですか？(経過を教えてください) 体温 ( °C)

発症日 月 日 AM・PM 時頃から °C (最高 °C)

症状 頭痛 悪寒 咳・痰 呼吸困難 倦怠感 嘔吐 味覚障害  
 嗅覚障害  
 関節痛 喉 腹痛・下痢 鼻 その他 ( )

現在、授乳中・生理中・妊娠中(女性の方のみ) 当てはまる箇所に○をつけてください

喫煙歴 なし ある( 年)

② コロナワクチン接種 1回目 年 月 日 2回目 年 月 日 (ファイザー・モデルナ)  
 3回目 年 月 日 (ファイザー・モデルナ) 未接種