

小嶋診療所発熱外来問診票

初診の方は、info@kojimaclinic.comに保険証の写真をメールで送付してください。

氏名(必須) _____ よみ(必須) _____

メールアドレス(必須) _____

誕生日(必須) _____ 年齢(必須) _____

体重(kg)(必須) _____ 身長(cm)(必須) _____

郵便番号(必須) _____

住所(必須) _____

連絡先電話番号(できれば携帯) _____ 本人・本人以外(続柄) _____

1.あてはまる症状にチェック☑をしてください。

熱 咽頭痛 咳 鼻水 痰 関節痛 下痢 腹痛

その他(_____)

*上記のうち、一番最初に出た症状はいつですか(_____ 月 _____ 日 _____ 時頃)
経過について詳しくに記載してください。

2.症状に関する薬をご希望の場合、下記にチェック☑してください。

熱 咽頭痛 咳 鼻水 咳 痰 関節痛 下痢 腹痛

その他(_____)

3.同居家族・学校・職場などで最近新型コロナウイルス感染症になった方はいますか？

いない いる

4.コロナワクチン接種回数について当てはまるところにチェック☑してください

0回 1回 2回 3回 4回

接種歴のある場合 最終接種日 _____

最終ワクチンの種類 ファイザー・モデルナ・その他 _____

5.現在治療されている病気で該当するものがあれば、チェック☑してください。

悪性腫瘍 慢性呼吸器疾患(慢性閉塞性肺疾患、間質性肺炎、肺塞栓症、気管支拡張症など)

慢性腎臓病 心血管疾患(心不全、心筋梗塞、狭心症など) 脳血管疾患(脳梗塞、脳出血など)

喫煙歴(過去30日以内に喫煙、かつ生涯に100本以上の喫煙がある)

高血圧 糖尿病 脂質異常症 肥満

臓器移植、免疫抑制剤、抗がん剤等の使用、その他免疫機能の低下 妊娠

6. 現在内服している薬を教えてください。

なし あり(_____)

7.その他何かあればお書きください。