問診票

ふりがな お名前	生年月日 T/S/H/R　年　月　日 (　歳)	体重
住所(初診の方のみ) 〒		性別　男 ・ 女
携帯番号	車種・ナンバー	駐車場 ： クリニック前　薬局　第二

□発熱　月　日　時　℃ / 現在　℃

下記の症状はいつから　月　日

□鼻水　□鼻づまり　□咳　□痰

□咽頭痛　□喉の違和感　□頭痛　□寒気

□だるい・倦怠感　□体の痛み・関節痛　□息苦しい・呼吸困難

□腹痛　□気持ち悪い　□嘔吐　□下痢

その他の症状　(　　)

●現在治療中の病気

□高血圧 □高脂血症 □糖尿病 □腎臓病□ 痛風(尿酸値が高い) □脳梗塞 □不整脈□喘息

□緑内障 □関節リウマチ □前立腺肥大 □うつ病 □甲状腺疾患 □心疾患(　　)

□その他(　　)

●今、飲んでいるお薬　□あり（薬剤情報があれば提出してください）

●周りに□コロナ・□インフル陽性者　□あり　子　夫　妻　父　母　その他
職場　学校　知人

●女性の方にお伺いします

・妊娠の可能性　□あり　・授乳中ですか？　□はい

コロナ・インフルエンザ同時検査希望　□あり　□なし