受診日:　年　　月　　日

問診票

フリガナ	
名前:	
体重:　　kg	体温:
職業:	血中酸素濃度:　　%
コロナワクチン接種状況:〇で囲って下さい。	コロナ感染歴:〇で囲って下さい。
未接種　・　1．2．3回接種	あり※　・　なし

※【コロナ感染歴ありの場合】:発症時期、療養期間はいつですか？

(　　)

・本日はどのような症状で来院されましたか？

※発症した日から現在までの症状と内服時間を時系列でご記入ください。

※PCRを希望、実施する場合、以下の承諾が必要となります。

①PCRの結果がでるまでに、1日～3日程度かかりますが、よろしいですか？ (はい ・ いいえ)

②PCRの結果は、必ずご来院いただいた上でお伝えしております。よろしいですか？

※ただし、陽性だった場合のみ、当院から連絡いたします。 (はい ・ いいえ)

- 現在飲んでいる薬(処方された薬や市販薬・サプリなど)はございますか？

- 他に、病気や怪我はございますか？

- お薬や食べ物にアレルギーはございますか？

- 最近お仕事や、ご旅行などで遠出されましたか？

≪当院を受診するきっかけをお聞かせください≫

ネット・知り合いからの紹介・電柱広告・折り込みチラシ・その他(　　)