

受診日 年 月 日

かなりあクリニック

問診票 (別紙)

※薬処方希望 (あり / なし)

→ありの方 薬が準備出来るまで (外で待つ / 帰宅、薬局から電話待ち)

※濃厚接触者に該当 (する/しない) ⇨ 陽性の方は (同居 / 別居)

※以下の項目は保健所報告に使用します。漏れなく全て記入して下さい。誤りがあると保健所からの連絡が届きません。ご注意ください。

フリガナ (男性 ・ 女性)

氏名 身長 cm 体重 kg

生年月日 (西暦) 年 月 日 年齢 歳

未成年者の場合、保護者氏名 ()

実際に住んでいる住所/ 郵便番号も必ず記入 (〒 —)

住所 :

携帯電話番号 (固定電話×) (本人/その他)

ワクチン接種について

接種回数 回 (ワクチン未接種の方は0と記入)

最終接種日 年 月 日

最終接種ワクチンメーカー (ファイザー / モデルナ /その他)

症状

① 発熱 (あり/なし) 月 日 から

② 咳 (あり/なし) 月 日 から

③ 全身倦怠感 (あり/なし) 月 日 から

④ 頭痛 (あり/なし) 月 日 から

⑤ 咽頭痛 (あり/なし) 月 日 から

⑥ その他() 月 日 から

既往歴 <高血圧・糖尿病・呼吸器疾患・心疾患・他は以下に記載>

以下医療機関が記入

抗原検査 (+ / -), PCR (鼻咽頭 / 唾液), SpO₂ %

問診票別紙 (発熱外来)